

جامعة المنصورة
كلية الآداب
قسم علم النفس

فى الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج الجمعى

رسالة مقدمة من

الباحث
أكرم فتحى يونس زيدان
المدرس المساعد بقسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة المنصورة

للحصول على درجة الدكتوراه فى الآداب
علم نفس

تحت إشراف

الأستاذ الدكتور
حسين محمد سعد الدين الحسينى
أستاذ علم النفس - كلية الاداب
جامعة المنصورة

٢٠٠٢



جامعـــة المنـــصورة
كليـــة الاداب
قسم علم النفس

فى الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج الجمعى

رسالة مقدمة من

الباحث

أكرم فتحى يونس زيدان

المدرس المساعد بقسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة المنصورة

للحصول على درجة الدكتوراه فى الآداب

علم نفس

تحت إشـراف

الأستاذ الدكتور

حسين محمد سعد الدين الحسينى

أستاذ علم النفس - كلية الاداب

جامعة المنصورة

٢٠٠٢

بسم الله الرحمن الرحيم


«يسئلونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير ومنافع للناس، وإثمهما أكبر من نفعهما»

صدق الله العظيم

(سورة البقرة - ٢١٩)

الإشــراف

عنوان الرسالة : فى الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج الجمعى

إسم الباحث : أكرم فتحى يونس زيدان

الإشراف:

الإســم	الوظيفة	التوقيع
أ.د. حسين محمد سعد الدين الحسينى	أستاذ علم النفس بكلية الاداب جامعة المنصورة	

وكيل الكلية لشئون الدراسات العليا والبحوث

قرار لجنة الحكم

عنوان الرسالة : فى الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج الجمعى

إسم الباحث : أكرم فتحى يونس زيدان

لجنة الحكم:

م	الإسم	الوظيفه
١	أ د/ بدرية كمال أحمد	أستاذ ورئيس قسم علم النفس - كليه الآداب جامعه المنصوره
٢	أ د/ حسين محمد سعد الدين الحسينى	أستاذ علم النفس - كليه الآداب - جامعة المنصوره
٣	أ.د/ حسين عبد القادر محمد	أستاذ علم النفس غير المتفرغ - كليه الاداب جامعة الزقازيق

تاريخ المناقشة: ٢٠ | ٤ | ٢٠٠٢

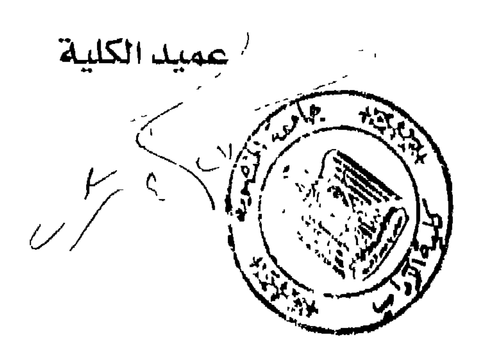
قرار اللجنة : مرتبة الشرف الاولى مع التوصية بالطبع والتبادل بين الجامعات .

توقيعات لجنة الحكم:

م	الإسم	التوقيع
١	أ.د/ بدرية كمال أحمد	
٢	أ د/ حسين محمد سعد الدين الحسينى	
٣	أ د/ حسين عبد القادر محمد	

يعتمد،

عميد الكلية




إهداء
إلى أبي وأمي
يرحمهما الله

شكـــر وتقـديـر

كم يتمنى الباحث أن ترد كلمات الشكر لكل ذى حق حقه، وتعبر لذوى الفضل عن عميق الامتنان لما قدموه من فضل، ولكن كلمات الشكر هذه، تعد قطرة من غيث علم قد تدفق فصار سيلاً فى عقول المتعلمين.

وإذ أبدأ بكلمات الشكر، فإننى أتوجه أولاً لعليم السموات والأرض على ما دفعنى لانجاز هذا البحث، وأرجو منه سبحانه وتعالى أن ينير لى السبيل على طريق العلم.

وفى المقـــام الأول أتقـــدم بأسمى معانى الشكر والتقدير إلى أستاذى الفاضل، ***الأستاذ الدكتور/ حسين محمد سعد الدين الحسينى*، أستاذ علم النفس بكلية الاداب - جامعة المنصورة**، الذى كان أول فضله أن وافق بالإشراف على هذا البحث، وأعطى الباحث الكثير من وقته وجهده فكان نبع العطاء الذى لا يجف أبداً، فهو نعم المعلم والأستاذ الذى طوق عنقى بجميله، فله منى جزيل الشكر والعرفان.

كما أتقدم بخالص شكرى وعميق إمتنانى إلى ***الأستاذة الدكتورة/ بدرية كمال أحمد*، أستاذ ورئيس قسم علم النفس - كلية الآداب، جامعة المنصورة**، الذى تعلمت على يدها الكثير والكثير وغمرتنى بالعديد من التوجيهات العلمية القيمة، مما كان له الأثر فى تشكيل شخصيتى العلمية، وكان آخر فضلها - وليس آخر - أن تفضلت بمناقشة هذه الرسالة، فجزاها الله عنى كل خير.

ويطيب لى أن أسجل بكل إعزاز شكرى وتقديرى لأستاذى، وأستاذ أجيال من قبلى، ***الأستاذ الدكتور/ حسين عبد القادر محمد*، أستاذ علم النفس غير المتفرغ بكلية الآداب جامعة الزقازيق** الذى كان أبا للباحث قبل أن يكون معلماً وعالماً وأستاذاً جليلاً نهلنا من فيض علمه الكثير والكثير، فكان كعادته كريماً سخياً، فى علمه وخلقه، فله منى أعمق آيات العرفان والتقدير.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى كل من ساهم فى إعداد هذا البحث، إلى أساتذتى وزملائى بقسم علم النفس – كلية الآداب – جامعة المنصورة، وإلى كل مفحوص ساهم بوقته فى مساعدة الباحث، وحتى لا أكون قد نسيت أحد أتقدم بالشكر والتقدير لكل من قدم يد العون لى حتى يخرج هذا العمل إلى النور.

والله الموفق.

الباحث

الفهرس

المحتويـات	رقم الصفحة

المحتويـات	رقم الصفحة

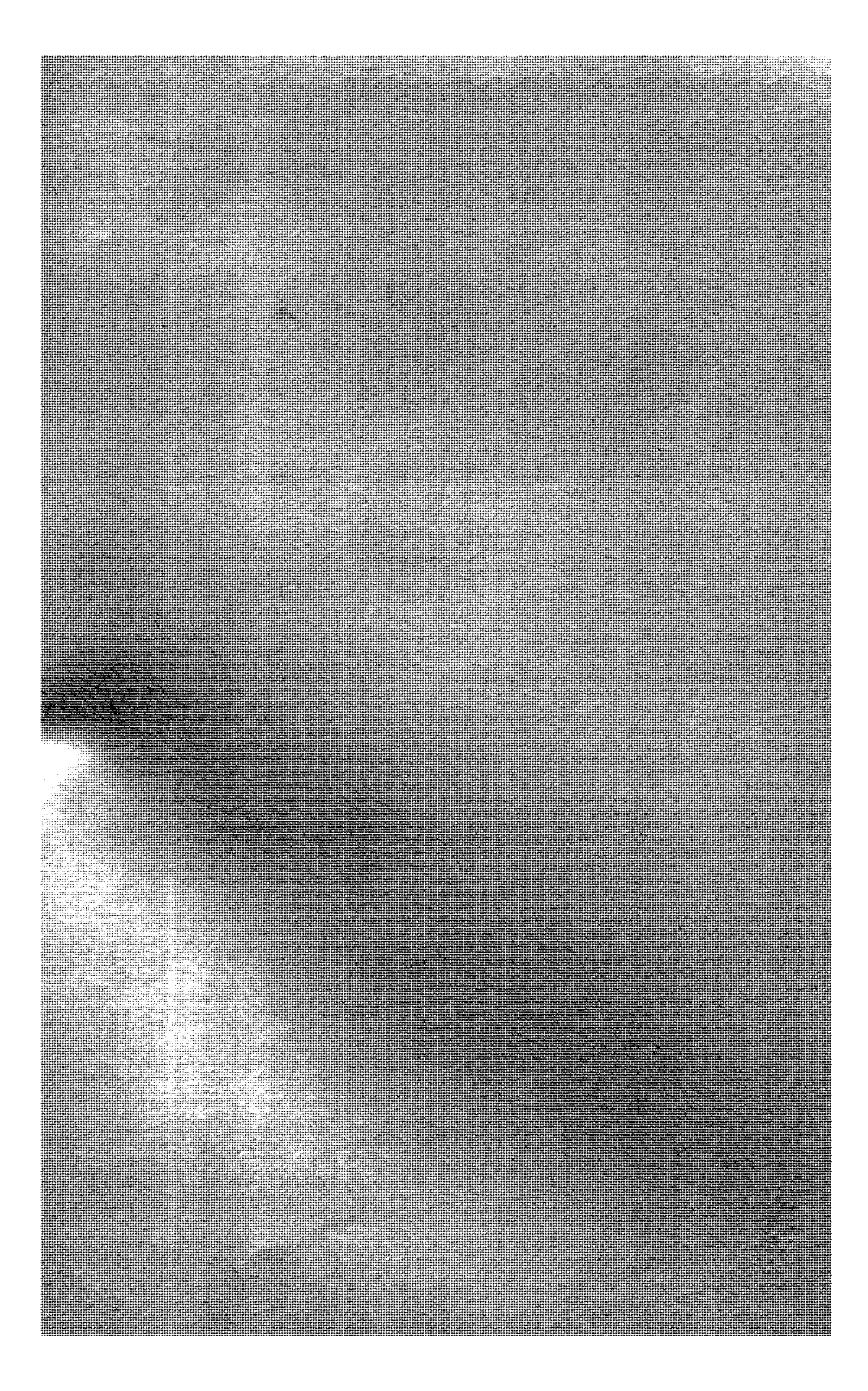
الفصل الثالث
الدراسات السابقة

الفصل الرابع
إجراءات الدراسة

المحتويـات	رقم الصفحة

الفصل الأول

- مقدمة الدراسة
- أهمية الدراسة
- مشكلة الدراسة
- أهداف الدراسة
- المصطلحات الإجرائية للدراسة



الفصل الأول

مقدمة الدراسة

أهمية الدراسة

مشكلة الدراسة

أهداف الدراسة

المصطلحات الإجرائية للدراسة

مقدمة الدراسة :

إن فى المقامرة شيئاً من كل شئ، ففيها شئ من الجنون والمرض، وشيئاً من العقل والجنس والجسد، وكذلك شيئاً من خصائص الشخصية، بل والادمان، فهى مركب يحمل طابع موجود يظن أنه لن يصبح إنسانا بحق اللهم إلا إذا تحدى القدر وخاطر بنفسه ومات على أعتاب الموائد الخضراء، فهى ليست مجرد لعبة، بل ضرب من الديانة أو العبادة، تكاد ترى فيها المرء يموت يوماً بعد يوم، حينما يحاط بالأمل والألم ويضع الحيل وينسج الأكاذيب التى يفترن بها أمل النجاح وخشية الفشل، ذلك لأنه دائماً فى حالة من الترقب لأن تهبه المقامرة يوماً ما سعادنه.

ويبدو المقامر كفزورة فى داخل مشكلة فى قلب لغز، فهو مهذب الطبع، مهزأ العقل، من الوهم والجنون كانت مصيبته، فمن الوهم أحب المقامرة، ومن الجنون قام بممارسنها، وهو كلما عرفها تعلق بها، إذا غاب عنها تعب، وإذا حضر فيها ندم، يلعنها لكنه يتمسك بها، حتى لو تربعت على أكتافه لقام بتدليلها، وبعض المقامرين إذا أحب المقامرة هوى وإذا نفر منها إختلت وإضطربت دينامياته النفسية، وإذا لم يمارسها وقع فريسة للمرض، وكأن المقامرة بذلك دفاع بالمرض ضد المرض، أو أن الفرد يقامر على نفسه بالمقامرة.

وإذا كان المقامر أمره عجيب، فإن المقامرة أعجب من ذلك، فقد تكون المقامرة لا عقل لها ولكنها تقضى على كل العقول، ذلك لأنها قد تعطيك اليوم وتعذبك غداً وتفضحك بعد غد وتنال منك وتجعلك تتقاعد مع الخاسرين طوال العمر، وكأن التسلية الوحيدة لها أن تنقلك من خسارة إلى أخرى، فلكل إنسان غلطة واحدة على الأقل، أما وأن تكون مقامراً فهذه غلطة العمر كله، لأنك نستمر يوماً بعد يوم فى غلط، وفى حب مريض خاطئ.

فإذا كنا نقول عن المحب أنه مجنون (ليلى) فإن المقامر مجنون كل (ليلة). والسبب فى ذلك ليس لكونة إنسانا جاهلاً ولكن لكونه إنساناً يعرف أشياء كثيرة، لكنها خاطئة.

ويحاول الباحث من خلال هذه الدراسة أن يتناول سلوك المقامرة من حيث علاقته بسلوك المخاطرة والغرائز الجزئية المتمثلة فى السادية المازوخية والنظارية والاستعراضية، فى ضوء العلاج الجماعى، فالمقامر مخاطر دائماً، ويجد لذه فى ذلك، حتى أننا نجد الكثيرين يقرون أن المخاطرة تولد مع المقامرة لكنها لا تموت معها، وهى لا تقتله وإنما تضعه بين الحياة والموت،

فإذا كانت المقامرة وسيلة لغاية، فإن المخاطرة وسيلة وغاية فى آن واحد، وهى لا نعبر عن شجاعة المقامر بقدر ما تعبر عن خوف شديد من أن تتحكم فيه الظروف.

والمقامر سادى، فهو لا يفكر أكثر مما ينظم سادينه على الآخرين، وهو ثائر ومنتقم ومتحدى وحاقد على كل شئ، لانه لا يملك أى شئ، ومهما ضاقت به الدنيا يستطيع أن يرى السماء من ثقب إبرة.

والمقامر مازوخى لا يريد إيماناً يقيده، وآنما يريد قيدا يؤمن به «المقامرة» وهو لا يغضب لهذا القيد ولا ينضايق لحاله السئ بل يستمتع به، فهناك دائما من هم أسوأ منه، فبالرغم من آلام المقامرة وضرباتها الموجعة، إلا أنه برى أنها «أنعشته» لكننا نرى فى الكلمة معنى آخر «أنعشته» أى وضعنه فى (نعش).

والمقامر إستعراضى، ويبدو ذلك فى سلوك المخاطرة، ووهم القدرة على التحكم فى نتائج الاشياء، ووهم القدرة المطلقة، والتظاهر بالمهارة، والتحكم حتى فى الاشياء التى تعتمد على الصدفة والحظ.

وإذا كنا نقول أن لكل شئ باباً واحداً، فإن المقامرة لها ألف باب، وإذا أردت أن تبتعد عنها فانك ترتفع درجة، أما وأن تستمر فيها فستهبط ألف درجة، لذا يبدو العلاج النفسى للمقامرة قضية صعبة للغاية، فمن الصعب أن تجادل مقامراً وتناقشة، فمهما اتسع أفقه فإنه لا بتجاوز الموائد الخضراء، وإنك لتتعجب لبعض المقامربن الذين ينظرون للمقامرة على أنها (حل) لا (مشكلة)، وأن المجتمع هو الذى جعل منها مشكلة، لانه عجز عن تنظيم حياته وفق شريعة المقامرة، والأعجب من ذلك أن نسمع بعض المقامرين يقلب العبارة قائلا: «لو لم أكن مقامراً لوددت أن أكون مقامراً» ويبقى التساؤل قائماً:

هل نحن نقامر من أجل المال، أم هل نحن نحتاج المال لكى نقامر؟! ولماذا يقامر الانسان؟ وما هى أسباب المقامرة؟ وما الذى يجنيه المقامر من وراء المقامرة؟ ولماذا تؤدى بعض الديناميات النفسية للمقامرة دون غيرها إلى الأمراض النفسية؟.

أهمية الدراسة :

إن طرح مشكلة المقامرة يقودنا بالضرورة إلى إثارة قضايا سيكولوجية قلما تطرق إليها البحث بالدراسة التحليل، وذلك مثل سلوك المخاطرة والغرائز الجزئية، وتبدو أهمية الدراسة فى أنها – فى حدود علم الباحث – الدراسة العربية الوحيدة التى تناقش سلوك المقامرة، فلم نحظى المقامرة بإهتمام الباحثين، وأصبح الاهتمام بها مجرد حديث يتجاذبه رجالات التربية والتعليم والدين، دون أن يحاولوا إثارة المشكلة على اسلوب علمى بحثى، لذا لم يكن من قبيل الصدفة أن تكون المقامرة آخر مادة سيكولوجية تتناولها أقلام الباحثين.

وتناول الجانب السيكولوجى لمشكلة المقامرة يعد المسار الصحيح لعلاج هذه الظاهرة، ويبرز أهميتها، إذ وقر فى نفوس كثير من علماء الغرب أن علاج المقامرة لا يكون إلا بالنظر للناحية الفسيولوجية أو عن طريق العلاج الطبى، بينما رأى آخرون ضرورة الاهتمام بالناحية الدينية أو الاخلاقية أو الاقتصادية أو عن طريق تناسى الاهتمام بالجوانب السيكولوجية الهامة المتعلقة بهذه المشكلة.

تبدو أهمية الدراسة أيضاً فى محاولة الباحث التمييز بين الجانب العلمى للمشكلة والجانب النظرى والجانب العملى التطبيقى، فعلى الرغم من الاهتمام الكبير بالمقامرة فى أوربا وأمريكا واستراليا، إلا أن إهتمام الباحثين غالباً ما ينصب حول نظريات المقامرة لا مشكلات وإضطرابات المقامر ذاته، كذلك ينظر البعض للظاهرة على أنها أحادية الجانب، فى حين أنها ظاهرة مركبة تتطلب فهم الديناميات النفسية للمقامر. وقد أدى ذلك لحدوث فجوة بين الدراسات التجريبية والتفسيرات النظرية. فأصبحت نتائج الدراسات السابقة لا تسير بالقدر الكافى مع التفسيرات النظرية.

كما تتضح أهمية الدراسة فى تناولها للجانب الكيفى والكمى للظاهرة موضوع البحث، من حيث إستخدام لغة الإحصاء والكم، بجانب الرصد والفهم والتفسير ووضع علامات الاستفهام حول النقاط المهمة فى الظاهرة. فقد حاول بعض الباحثين عبثاً أن يحيلوا الظاهرة لمجرد مجموعة من الارقام والإحصائيات، يصعب أن تتكفل وحدها بحل المشكلة، أما وإن نتناولها من جانب دينامى كيفى بجانب البعد الكمى، فإن ذلك يوضح الجنبات الخفية فى الظاهرة، وذلك لأن سلوك المقامرة ظاهرة نفسية تبدو فيما وراء الانفعالات العادية.

كما تتضح أهمية الدراسة فى التأكد من نتائج الدراسات السابقة والآراء المتداخلة فى الظاهرة، فهناك تناقض فى فهم السيكولوجيين لها، حيث يهتم البعض بجانب واحد دون النظر للجوانب الأخرى التى قد تكون أكثر أهمية، وبين هذا وذاك نجد البعض يرجع الظاهرة للعلل القريبة المباشرة، فذهبوا ليؤكدوا أن المقامرة لا تخرج عن كونها مجرد حيلة إصطنعها الانسان لتحقيق أغراضه، لكنها على العكس من ذلك ، هى التى صنعت من يتمسك بها وجعلت منه إنسان خلو من كل معنى.. صفراً من كل قيمة.

مشكلة الدراسة :

يبدو سلوك المقامرة (مشكلة) لانه لكى تقامر، فمائدة واحدة تكفى، ولكى تفهم لماذا تستمر فى المقامرة، فألف مائدة لا تكفى، كما أن الظاهرُ يوحى بأنه لا يوجد سبب واحد لكى تقع فى المقامرة، ولكن عندما تقع فيها ستجد عشرات الاسباب، فالظاهرة متعددة ومتنوعة ومتداخلة لأقصى درجة، وهى مرض خبيث لا نظهر آثاره، إلا بالاندماج فيه، مثلها كالطعام لا نظهر رائحته إلا إذا دخل النار.

فالمقامرة مفتاح لكل الشرور، وهى التى تنزع الفرد من أسرته ومجتمعه السليم، وتدفعه إلى الاستدانة والاختلاس أو النزوير، عندما يقع المقامر فى الادمان، وفوق ذلك كله فهى تهدد إقتصاديات الدولة .. يقول شوبنهور ·

«إن المقامرة إعلان إفلاس الذكاء البشرى» ويقول «فاوست»: «تظن أنك المؤثر .. بينما أنت المدفوع! (فخرى الدباغ، ١٩٨٦، ٥٥).

وتتحد مشكلة الدراسة فى التساؤلات الآتية :

١ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة فى إتجاه ارتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين؟.

٢ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية فى إتجاه ارتفاع الدفعات الغرزية الجزئية لدى المقامرين؟

وتنقسم المشكلة الثانية إلى أربع مشكلات فرعية تتمثل فيما يلى :

أ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد النظارية فى إتجاه ارتفاع النظارية لدى المقامرين؟

ب - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد الاستعراضية فى إتجاه إرتفاع الاستعراضية لدى المقامرين؟

حـ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد السادية فى إتجاه إرتفاع السادية لدى المقامرين؟

د - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد المازوخية فى إتجاه إرتفاع الماروخية لدى المقامرين؟

٣ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لسلوك المخاطرة، فى إتجاه إنخفاض سلوك المخاطرة للجماعة العلاجية؟

٤ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة للدفعات الغرزية الجزئية فى إتجاه إنخفاض الدفعات الغرزية الجزئية للجماعة العلاجية؟

وتنقسم المشكلة الرابعة إلى أربع مشكلات فرعية:

أ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد النظارية فى إتجاه انخفاض النظارية للجماعة العلاجية؟

ب - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد الاستعراضية فى إتجاه انخفاض الاستعراضية للجماعة العلاجية؟

حـ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد السادية فى إتجاه إنخفاض السادية للجماعة العلاجية ؟

د - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد المازوخية فى إتجاه انخفاض المازوخية للجماعة العلاجية؟

من هنا يتضح لنا أن مشكلة المقامرة لا تعنى تأثيرا سلبياً واحداً بل العديد من المؤثرات السلبية، مما يعنى أننا لسنا أمام مشكلة واحدة، بل العديد من المشاكل فى دراستنا لسلوك المقامرة.

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية لإعداد وتقنين إختبار لقياس سلوك المخاطرة لدى المقامرين على إعتبار أن المقامرة وسلوك المخاطرة وجهين لشئ واحد.

كما تهدف الدراسة أيضاً إلى ترجمة وإعداد وتقنين إختبار المقامرة المرضية لمؤسسة المقامر المجهول Gambler Anonymous وذلك لمعرفة المقامر المرضى وتطبيق العلاج الجماعى بأسلوب جماعة الحوا Encounter -Group.

وتحاول الدراسة الحالية معرفة بعض الديناميات النفسية لسلوك المقامرة من خلال سلوك المخاطرة والغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة (النظارية، الاستعراضية، السادية، المازوخية) ولأى مدى ترتفع أو تنخفض الدرجة على هذه الابعاد، وما هى محددات الارتفاع والانخفاض، وذلك من خلال التطبيق العملى للظاهرة وعمليات القياس النفسى التى يقوم بها الباحث.

وفيما يتصل بالأهداف النظرية للدراسة، يحاول الباحث التعرف على طبيعة المقامرة من حيث، هل هى سبب أم نتيجة؟ وهل يمكن قياسها بالرغم من التنوع والتداخل الذى تتميز به الظاهرة؟ أم هل نحن نحاول قياس ما لا يمكن قياسه، وأن ذلك طمع فى محال، وأن ما لدينا من مقاييس لا تستطيع الاحاطة بالظاهرة، كرجل لديه ميزان ذهب ظن أنه يستطيع أن يزن به الجبال.

ومن الأهداف النظرية للدراسة أيضاً، تحديد المصطلحات الخاصة بسلوك المقامرة، إذ أن هناك خلطاً كبيراً فى المفاهيم والمصطلحات بسبب عدم وجود نموذج شامل لسلوك المقامرة وعدم وجود وحدة شاملة بين الابحاث النظرية والممارسات العملية (*Jakie, F. et al. (1999. p5* لذا تحاول الدراسة الخروج بمحاور محددة من النظريات والنماذج الخاصة بسلوك المقامرة.

المصطلحات الإجرائية للدراسة :

تشير التعريفات الاجرائية للدراسة إلى وصف الظواهر النفسية المتمثلة فى: المقامرة المرضية، سلوك المخاطرة، الغرائز الجزئية، العلاج الجماعى للمقامرة المرضية، ويتم الوصف الاجرائى من خلال الاعتماد على صحة الاجراءات العلمية للدراسة، فمفهوم المقامرة المرضية ليس إلا الاجراءات العلمية لقياس المقامرة المرضية، وكذلك بالمثل مفهوم الغرائز الجزئية وسلوك المخاطرة، والعلاج الجماعى للمقامرة المرضية، ومن خلال ذلك تتضح التعريفات الاجرائية فيما يلى:

١ - المقامرة المرضية : Pathological gambling

يعرف الباحث المقامرة المرضية إجرائياً، طبقاً لما جاء فى الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع. D.SM.iv، كما أن هذا التعريف قد بنى على أساسه المقياس المستخدم فى الدراسة لقياس المقامرة المرضية، ويذكر التعريف أن المقامر المرضى هو:

ذلك المقامر الذى ينشغل كلية بالمقامرة، ويراهن بكثير من الأموال للحصول على الاثارة المطلوبة، هرباً من المشاكل والإضطرابات ويشعر بالتوتر والقلق إذا توقف عن المقامرة، لذا تفشل كل محاولاته فى القضاء عليها، وقد يكثر من المراهنة لتعويض الخسارة، وفى سبيل ذلك يقترض الكثير من الأموال ويرتكب الكثير من الأعمال الاجرامية مثل التزوير والاحتيال والسرقة والاختلاس، مما تضطرب معه حياته، فيصبح كثير الكذب، ليس له علاقات إجتماعية، ويُفصل من عمله أو يفُصل من الجامعة، وقد يخاطر بنفسه من أجل المال اللازم للمقامرة .

(American Psychiatric Association, 1994)

والمقامرة المرضية وفق هذا التعريف هى درجة المفحوص على مقياس المقامرة المرضية المستخدم فى الدراسة.

٢ - سلوك المخاطرة : Risk - taking

سلوك المخاطرة، سلوك إرادى عقلانى يتمثل فى وسيلة وغاية معا، الهدف منه الشعور بلذة الاثارة وإشتهاء المثير والتحكم فى البيئة وتحقيق المكاسب فى فترة زمنية قياسية، وهو سلوك نتائجه غير معروفة أو مضمونة، وانما تقع بين طرفى نقيض: الاثابة الكاملة أو العقاب

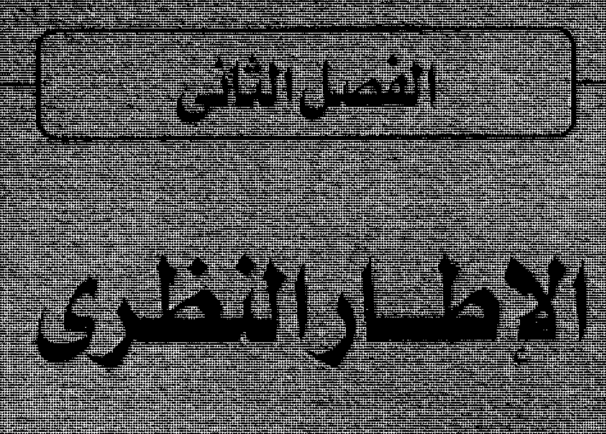
المكتمل، وتتحدد درجة خطورته طبقاً لدرجة المكسب أو الخسارة المتضمنة فى النتيجة. فإذا كانت المخاطرة كبيرة، كان المكسب أو الخسارة أكبر مما يتوقعه الفرد، وأعلى درجات المخاطرة هى تلك التى يستحيل معها أى تعويض، والمخاطرة بذلك ليست نزوة أو عاطفة أو انفعال، بل هى فعل ونشاط وابداع وخداع، وسلوك المخاطرة طبقا لهذا التعريف هو درجة المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة المستخدم فى الدراسة.

٣ - النزعات الغرزية الجزئية Partial instinctive impulses

هى تلك الاستثمارات المتباينة للدفعتين الغرزيتين الأصليتين (الساديه- والمازوخيه) بإعتبار الدفعة الغرزية الجزئية أية حفزة قبل إنسالية تناضل من أجل الاشباع وتلتئم كلها فى البلوغ تحت إمرة الهيمنة الانسالية العدوانية لتمثل دفعات تنحو لمبدأ اللذة ولا تكون بكلها باثولوجية إلا عندما تصبح مصدراً للذة الختامية. وهى : السادية والمازوخية والنظارية والاستعراضية ، فهى تتجه إلى الأنا أو ضدها (السادية والمازوخية) وإلى الموضوعات أو ضدها على مستوى العين والنظرات (النظارية والاستعراضية) أو تخطت ذلك إلى سائر المجالات . (*حسين سعد الدين الحسينى، ١٩٩٧ ، ١٣*). ويتحدد مستوى النزعات الغرزية الجزئية من خلال الدرجة التى يحصل عليها المفحوص فى مقياس الدفعات الغرزبة الجزئيه، المستخم فى الدراسة.

٤ - العلاج الجماعى : Group Psychotherapy

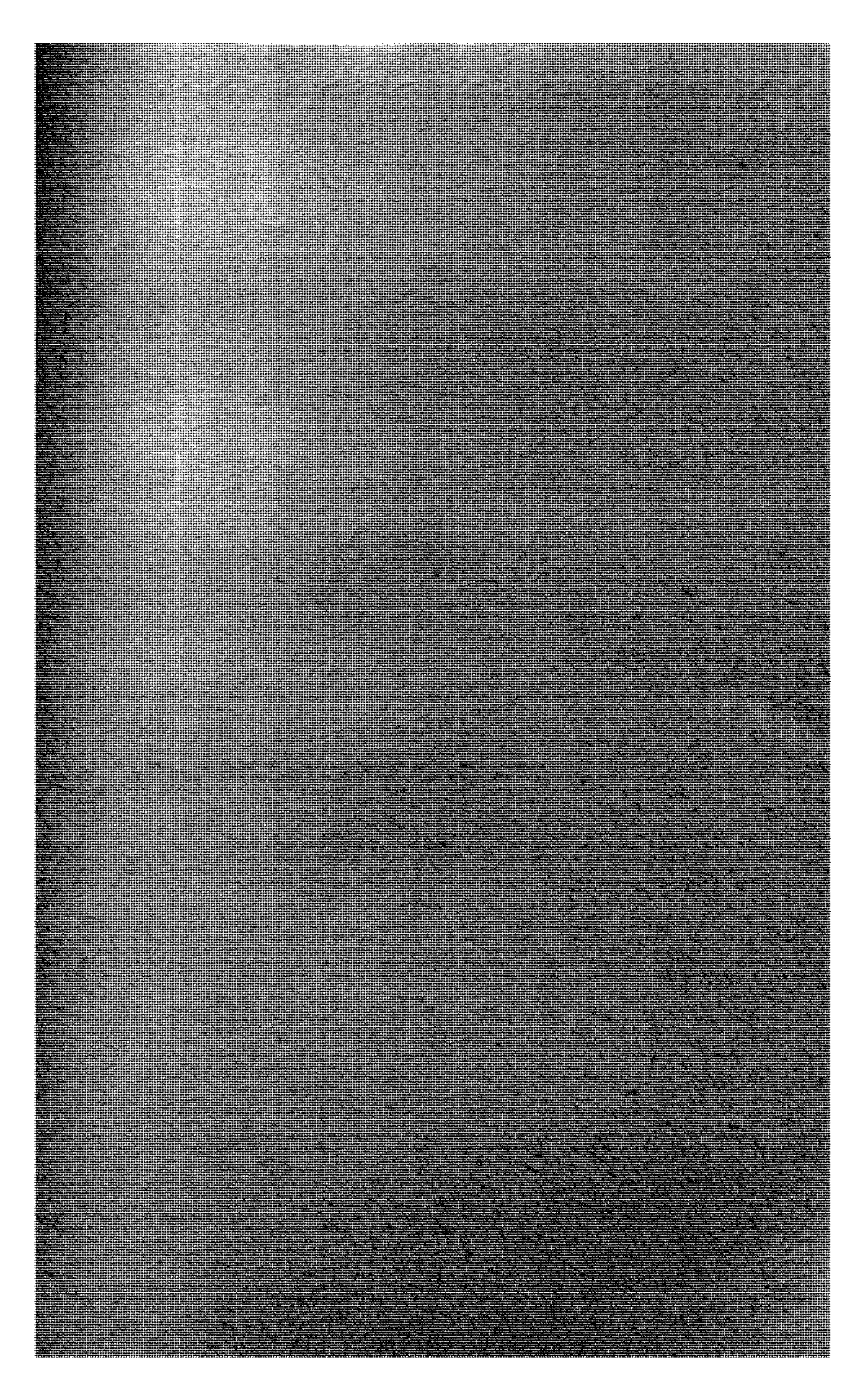
هو أحد طرق العلاج النفسى الذى يستخدم ديناميات الجماعة فى الكشف عن جوانب الصراع والاحباط التى تسبب الاضطراب الانفعالى، والسلوك اللاتوافقى. وفى العلاج الجماعى تلعب الجماعة دور المعالج فيعمل التفاعل بين المرضى والمعالج من جهة، وبين افراد الجماعة من جهة أخرى للكشف عن أسباب المرض، من خلال علاقات طرحية موجبة تساعد على التنفيس الانفعالى، ومن ثم العلاج.

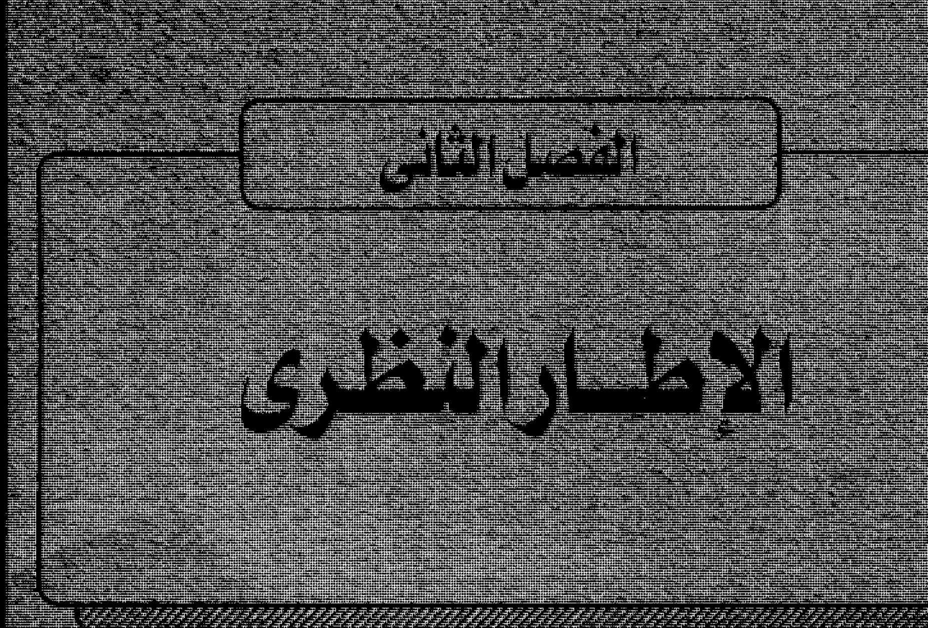


الفصل الثاني

الإطار النظرى

- المقامرة: نظرة تاريخية
- النظريات النفسية المفسرة لسلوك المقامرة
- المقامرة المرضية
- سلوك المخاطرة لدى المقامرين
- الفرائز الجزئية لدى المقامر
- التشخيص والوجهة الكلينيكية للمقامرة المرضية
- العلاج النفسي الجماعي للمقامرة المرضية

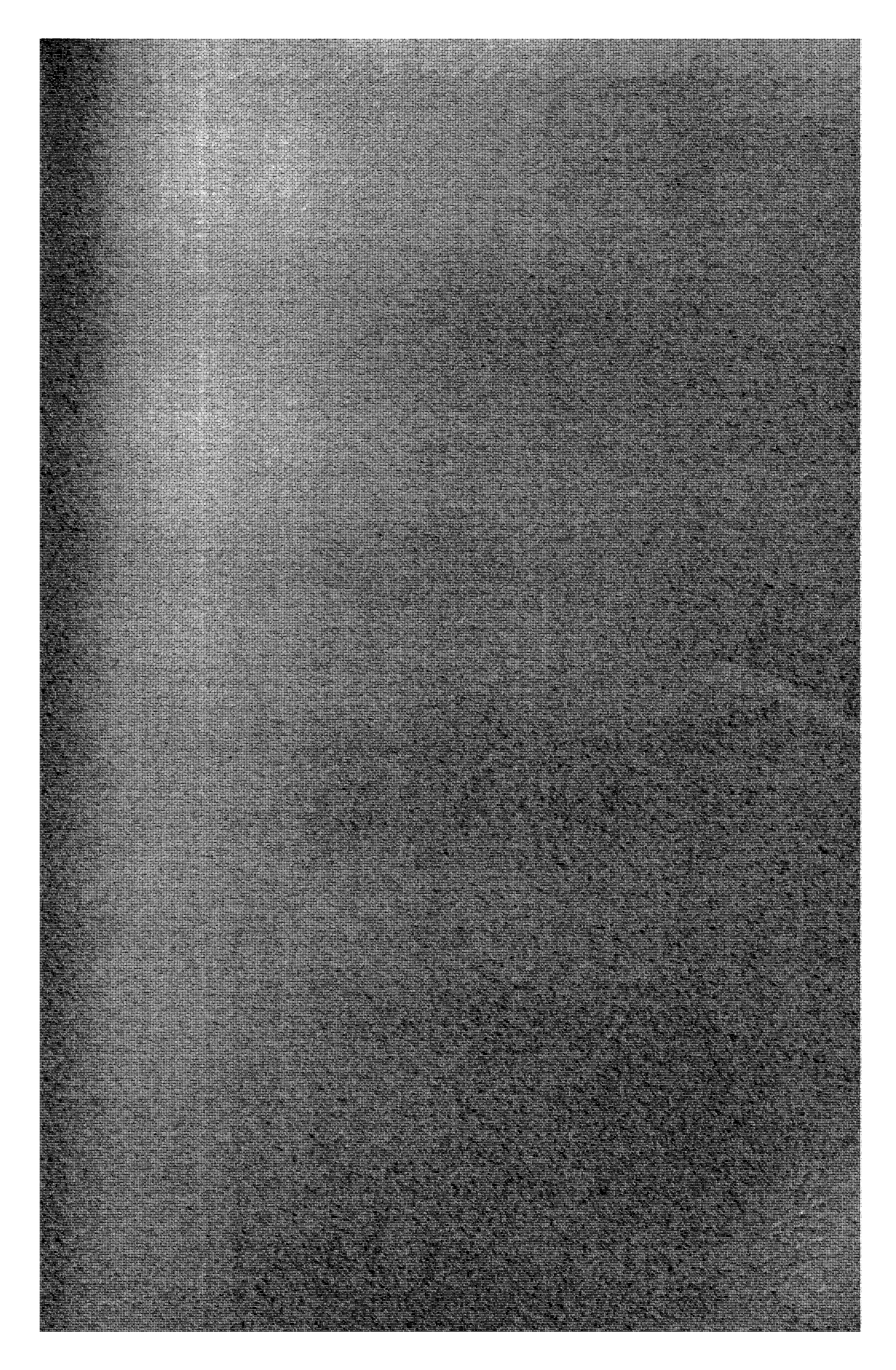




الفصل الثانى

الإطار النظرى

- المقامرة : نظرة تاريخية
- النظريات النفسية المفسرة لسلوك المقامرة
- المقامرة المرضية
- سلوك المخاطرة لدى المقامرين
- الفرائز الجزئية لدى المقامر
- التشخيص واللوحة الكلينيكية للمقامرة المرضية
- العلاج النفسى الجماعى للمقامرة المرضية



الفصل الثانى

الإطــار النظرى

- المقامرة : نظرة تاريخية
- النظريات النفسية المفسرة لسلوك المقامرة
- المقامرة المرضية
- سلوك المخاطرة لدى المقامرين
- الغرائز الجزئية لدى المقامر
- التشخيص واللوحة الكلينيكية للمقامرة المرضية
- العلاج النفسى الجماعى للمقامرة المرضية

المقامرة : نظرة تاريخية

إن تاريخ المقامرة قديم قدم الإنسان نفسه، فإذا كانت المدنية الحديثة قد جعلت من المقامرة ممارسة جماهيرية شاملة وذودتها بالوسائل التكنولوجية الحديثة، فإنها- كسلوك بشرى- عريقة فى القدم، فالحفريات المتوالية والآثار المتوافرة إلى الآن تدل على وجود المقامرة فى أعماق التاريخ وفى مختلف الحضارات العريقة، وتاريخ المقامرة القديم مع العوامل النفسية التى تصاحبها، تشير إلى أن المقامرة ليست سلوكاً بسيطاً معزولاً، فأكثر ما ترتبط المقامرة فى المجتمعات البدائية بالسحر والأرواح الشريرة والرعب والخوف من المجهول والاعتقاد بالقوى الخارقة وبما وراء الطبيعة .

ففى الحضارة المصرية القديمة وجدت قطعة النرد فى أحد قبور الفراعنة المصريين يعود تاريخها إلى ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد، وفى الحضارة الرومانية القديمة وجدت آثار رومانية متعددة، حيث يذكر المؤرخون الموثوق بهم حكايات طريفة ومذهلة عن المقامرة، فالمؤرخ (ناسبتوس) مثلاً يذكر أن قبائل الجرمان الأوائل كانوا يراهنون على زوجاتهم وأطفالهم، وحتى على أنفسهم، والخسارة تؤدى بهم إلى الرق والعبودية، وكذلك تفعل بعض القبائل الأفريقية مثل (الزونى) (والزولو)، ووجد القمار فى الفرس القديمة والهند واليونان، ولعبة النرد قديمة جداً، يؤرخ لها (هيرودوتس) منذ أيام «الليديين» ووجدت فى إنجلترا بعد إحتلال الرومان لها، وقيل أن الإمبراطور الصينى (ياو) ابتكر ألعاب الحظ منذ ألفين ومائة سنة قبل الميلاد. ومن طريف الأفكار البدائية المتعلقة بالمقامرة وسحرها، أنها إستعملت كعلاج للمرض العقلى الذى أصيب به الملك (شارلس) السادس ملك فرنسا عام (٣٩٢)م . ***(فخرى الدباغ، ٩٨٦، ٥٧، ٥٨)*** .

والحكايات الطريفة والغريبة لسلوك المقامرة كثيرة ومتنوعة، كلها تعكس عدم قدرة الإنسان عن التخلى بسهولة عن هذا الداء الذى له طبيعة القهر، فيروى أن راهن صينى قديم على يده، فلما خسر قطعها!، وتروى لنا "المها بهراتا" عن حكاية الملك الطيب (يودشتير) الذى لعب القمار مع الملك الخبيث (ساكونى) وهو الخبير فى إستعمال النرد المغشوش، ثم تروى الحكاية كيف بدأ الملك الطيب يخسر الجولة بعد الأخرى ، إلى أن أفرع خزانتة من الذهب والياقوت، وإلى أن خسر الخيول والفيلة والمركبات والعبيد، تم كيف راهن على إخوتة، وعلى

زوجته الملكة الفاتنة (دور بادى) فخسرهم جميعاً، وأخيراً راهن على نفسه .. وخسر كل شئ !
ومن طرائف المقامرة فى الأيام الغابرة، المراهنة على سباق الحلزون على مائدة صقيلة، وقيل أن مقاطعة (كورنول) فى إنجلترا وصلت إلى مالكيها الحاليين عن طريق تلك المراهنة، إذ حاول المالك الأول أن يحفز حلزونة على الجرى بوخذه بدبوس، إلا أن مزاج الحلزون آنذاك لم يستجيب إلى الوخز وإستمر يزحف الهوينا دون إكتراث .. وتمت الخسارة . كما يوضح لنا السير (إدوارد تايلور) أن قبائل (الماوى) تمارس القرعة، وقبائل (البولونيز) يدوَّرون الجوز لاكتشاف اللصوص بين ظهرانيهم، وفى جزر (تورجا) يدوّرون جوز الهند لمعرفة هل سيشفى المريض الفلانى أم لا، إذا مالت الجوزة ناحية أو أخرى، أى أن تلك الألعاب البدائية قد إستخدمت للعرافة وإستكشاف المجهول، فأصبحت الخطوة الأولى للمقامرة أيضاً، لأن نتائج المقامرة مجهولة وغامضة ومثيرة وهكذا نجد إلى أيامنا هذه أن ورق اللعب (الكوتشينة) يستعمل لقراءة البخت، كما يستعمل فى مختلف ألعاب القمار. إن خلط الورق يوحى للفرد المعاصر بالفكرة البدائية المتوارثة، بأنها تتم بأمر أو بفعل قوى غير طبيعية تتحكم فى النتائج، والسباق والمواجهة بين المقامرين ليس مجرد صراع قوى عمياء، بل هو صراع بين الأقدار التى يتعلقون ويؤمنون بها، فالمقامرة حلم بالسيطرة على المستقبل، وهو حلم بدائى .

وقد كانت المقامرة موجودة فى اليونان ولم تعتبر ممارسة محترمة، حتي أن أرسطو فى كنابة (الاخلاق) صنف المقامرين فى طبقة اللصوص وقطاع الطرق. ***(فخرى الدباغ، ١٩٨٦، ٥٩).***

ومعظم الحضارات تنظر للمقامرة على أنها إدمان، فالقانون الرومانى القديم يرى أن المدمن الحقيقى هو الشخص المقامر المديون، ذلك لأنه غير قادر على إعادة ما إستدانه، فيؤتى به إلى المحكمة ويُستعبد، فيعلن القاضى بعبارة واحدة «المدمن أصبح عبداً لدائنه» . وقد إنتشرت المقامرة فى العصور الرومانية إنتشاراً كبيراً، حتى أن أباطرة الرومان الشهيرة، (كلوديوس، ونيرو Cloudius & Nero)، كانوا من أكثر الممارسين للمقامرة، لدرجة أن النعريفات الحديثة للمقامرة المرضية تنطبق عليهم .

ونظراً لخطورة سلوك المقامرة، قام (رتيشارد قلب الأسد) Richard The Lion-Hearted بتحريم المقامرة أثناء الحملات الصلبية التى قادها على الشرق. وفى القرن السابع عشر كان ينظر للمقامرة على أنها رذيلة كبرى حتى لو كانت على رهان بسيط أو على كل ما يملك الفرد من ثراوت ***(Wildman, K 1997, p. 11)*** .

وقد كثر الحديث عن سلوك المقامرة فى الأدب الإنجليزى، خاصة مع بدايات العصور الاستعمارية، وكانت هذه الأعمال الأدبية دقيقة لدرجة كبيرة فى وصفها لسلوك المقامرين، حتى أن كثير من الخصائص التى ذكرتها تجئ مطابقة لابحاث اليوم .

ومن بين الروائع الأدبية تقفز رواية «المقامر» لديستوفسكى عام (٨٦٦) التى هى فى الحقيقة تاريخ حياته وحياة كل مريض بالمقامرة، وفيها يقول : «النقطة الأساسية هى اللعبة بحد ذاتها. وأقسم بأننى لست طامعاً فى مال على الرغم من حاجتى إليه". وفى موضع آخر يذكر أن المقامرين يعانون من تشوة معرفى، وفقدان التحكم، ونقص فى تقدير الذات، وشعور باليأس، وكل هذه الخصائص ترتبط بالتعريفات الكلينيكية الحديثة لمشاكل المقامرة ***.(Freud, S. 1928, p.)***

وفى عام (١٧٩١م) ظهر كثير من الباحثين والمؤرخين والكتاب الذين وضعوا لنا أنماطاً كلينيكية لسلوك المقامرة، نرى المقامر مشابه تماماً للعبيد والمدمنين، ويحب اللهو وقد يفقد كل شئ، ولديه ميل للانتحار .

وفى عام (١٨١٧م) ظهرت العديد من الصيحات التى تنادى بعلاج المقامرة ومقاومتها، كما حدث فى منطقة المسيسبى فى أمريكا، ودعا لهذه الحركة الاقتصادى «جون لو» كذلك كانت هناك حالات مشابهة لذلك فى القرن التاسع عشر فى الحى الغربى من لندن الذى كان ملئياً ببيوت المقامرة .

ومع حلول عام (١٨١٩م) كان المهتمين بدراسة المقامرة، سواء على المستوى الأدبى أو الاكاديمى، بدأو يدركون أن المقامرة سلوك قهرى يدخل ضمن الإدمان والمرض النفسى الخطير. إن درجة الادمان على المقامرة ترويها لناقصة قديمة للكاتب (هوفمان) بعنوان «حظوظ

المقامر». كان أحد المدمنين على المقامرة قد تركها بعد جهد كبير، إلا أنه عندما قارب الموت، وأثناء زيارة القسيس له قبل مماته، كان أقرباؤه يلحظون باستغراب تلك الحركات اللا إرادية التى يقوم بها وهو فى حشرجة الموت، وكانت فى الحقيقة حركات توزيع ورق القمار على المائدة مصحوب بتمتمة من إصطلاحات اللعب وتعبيراته !

وفى الفترة من (١٨٢٠: ١٨٣٠) كانت هناك ثورة عارمة ضد المقامرة، تزعمها الطبيب الشهير آنذاك شارلز كالدويل Charles Caldwell، حيث دعا للقضاء على المقامرة بإعتبارها أكبر الرذائل التى تجعل الفرد مدمناً ثم مجنوناً، ومن بعده جاء (تايلور) ليصنف المقامرة بأنها إدمان، تماماً كما فعل (كوتون) من ٢٠٠ عام حيث وصف المقامرة بالإدمان، بجانب أنه حدد بعض الخصائص لإدمان المقامرة، جاءت فى معظمها مشابهة لما جاءت به الرابطة الإمريكية للطب النفسى عام ١٩٩٤، حيث وصف كوتون المقامرين بأن لديهم شعوراً بالذنب والخزى والعار ولديهم سرية عالية، وكل اهتماملتهم تدور حول ممارسة المقامرة، كما أنهم يهملون أزواجهن ومنازلهم وكذلك وظائفهم، ويتصفون بالتهور والتبذير وقد يتحولون إلى لصوص ويمارسون أفعالاً غير شرعية تدعم سلوك المقامرة، وفى النهاية ينتحرون .
. ***(National Academy Press. 1999, 9-11)***

وفى الفترة من (١٨٤٠ : ١٨٥٠م) جاء (وليام ألكوت) William alcott وهنرى وارد Henry ward ليحددا بعدا آخر يرتبط بالمقامرة وهو الجريمة، وفى النصف الأول من القرن العشرين، بدأت نظرية التحليل النفسى تهتم بسلوك المقامرة، وكان ذلك على (فرويد وڤان هتنجبرج وبيرجلر وأتوفينخل) ففى عام ١٩١٤ أصدر ڤان هتتنجبرج العديد من دراسات الحالة والمقالات النظرية عن المقامرة، وكلها كانت تدور حول الفكرة الاساسية بأن المقامرة سلوك قهرى وإدمان وكان إهتمام فرويد بسلوك المقامرة أكثر عمقا، حيث يرى أنها ذات طابع تكرارى من خلالها تدمر الذات نفسها، والفرد لا يقامر من أجل المال، ولكن من أجل المقامرة ذاتها. بذلك تعتبر المقامرة إدمان مثلها فى ذلك مثل تناول الكحوليات والعقاقير .

وفى عام ١٩٣٠ إنتشرت الدعاوى بشرعية ترخيص المقامرة فى الولايات المتحدة، فبدأت (٢١) ولاية فى أمريكا فى فتح نوادى المقامرة، وقد أدى ذلك لاهتمام السيكولوچين بسلوك

المقامرة. وفى ديسمبر (١٩٥٧) عقدت عدة مقابلات علمية مع عدد كبير من المقامرين، بهدف التعرف على الظاهرة من جوانبها المختلفة، ووضع الطرق العلاجية السليمة التى تتناسب وطبيعة المقامرة. ثم توالت بعد ذلك جهود الباحثين فى قياس سلوك المقامرة إلى أن ظهر سنة (١٩٨٤) أشهر الاختبارات لقياس سلوك المقامرة المرضية والقهرية. ويسمى المقامر المجهول، وهو نفس اسم المؤسسة التى نشرته ***(Gambler anonymous. 1984)*** .

وفى الأونة الحديثة بدأت دراسات المقامرة تهتم بالعوامل النفسية والشخصية بدلاً من الإهتمام بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية التى كانت تحتل مركز الصدارة منذ بداية الأبحاث العلمية الجادة للظاهرة، وبناء على ذلك ظهرت العديد من المنظمات العالمية التى تدرس سلوك المقامرة، ومعظمها تهتم بالجوانب النفسية للمقامرة، نذكر منها :

(١) منظمة ماساشويتس للمقامرة القهرية .

(٢) مؤسسة أريزونا للمقامرة القهرية .

(٣) مركز الدراسات النفسية للمقامرة بلويزانا .

(٤) مؤسسة نيڤادا للمقامرة المشكل .

(٥) مؤسسة المسيسبى للمقامرة القهرية .

(٦) مؤسسة كاليفورنيا للمقامرة المشكل .

النظريات النفسية المفسرة لسلوك المقامرة

مقدمة :

قد يبدو للذى يدرس سلوك المقامرة أن القاعدة الوحيدة التى يتعامل بها مع المقامر أن لا قاعدة فتحديد، أسباب المقامرة هو من الصعوبة بمكان بحيث تفسرها نظرية واحدة. فقد تركز نظرية على جانب وتهمل عدة جوانب أخرى، قد تكون هى الأكثر أهمية فى دراسة الظاهرة . وقد ظل تفسير سلوك المقامرة وأسبابها أمراً صعباً حتى التسعينيات من القرن العشرين، وذلك لتداخل المفاهيم الخاصة بهذا السلوك بجانب تضارب الآراء والنماذج، وعدم وجود إطار واحد شامل يجيب على السؤال التقليدى: لماذا يقامر الناس؟ ***(Brown, R. 1987. p. 111)*** .

وعلى الرغم من وجود بعض التداخلات فى النظريات والنماذج، إلا أنها إستطاعت أن تضع يدها على كثير من الحقائق العلمية لظاهرة المقامرة، وذلك لأنها إستخدمت نظاما طبولوجياً «Typology» وبناء على ذلك تصبح هذه النظريات بمثابة الأدوات التشخيصية التى تمهد للعلاج. ونظراً لصعوبة تفسير سلوك المقامرة وأسبابة من خلال نظرية واحدة، فقد إستخدم بعض العلماء أمثال (روزينتال) Kosenthal أكثر من نظرية لتفسير سلوك المقامرة وأسبابة، فاستخدم النظرية السيكودينامية لفرويد، والنظرية السلوكية والنظرية الاجتماعية، بل والنظرية الفسيولوجية أيضاً، وبرغم هذا التنوع إلا أن روزينتال كان يركز على الجانب السيكولوچى . ***(Rosenthal, K. 1987, p. 15)*** .

ولا تقف نظريات المقامرة عند النظريات التى تناولها روزينتال، بل تتعدى ذلك بكثير، فهناك نظريات طبية وإجتماعية وإقتصادية وإحصائية، ولكننا سنركز فى العرض التالى على النظريات النفسية، وهى كما يلى :

١- نظرية التحليل النفسى للمقامرة

٢- نظرية العوامل الشخصية للمقامر

٣- نظرية الفعل السببى للمقامرة

٤- نظرية التقلب لسلوك المقامرة .

٥- نظرية التعلم الاجتماعى للمقامرة .

٦- النظرية المعرفية السلوكية للمقامرة

٧- النظرية العامة للمقامرة .

أولاً : نظرية التحليل النفسى للمقامرة

تنصب معظم تفسيرات نظرية التحليل النفسى للمقامرة على عاملين أساسين هما: إشباع الدوافع الغريزية، ومراحل النمو المبكرة، وخاصة الصراع الأوديبى الذى يمثل نقطة الحسم فى الديناميات النفسية لسلوك المقامرة، وضمن هذين العاملين يضع أصحاب نظرية التحليل النفسى عدة عوامل تؤثر فى سلوكيات الفرد وتؤدى لسلوك المقامرة، فنجد علماء التحليل النفسى يتحدثون عن وهم القدرة المطلقة omnipotence وفقدان الحب، والعدوان، وصدمة الثدى breast Traumo، ومرحلة الاختبار الأخلاقى ethical testing phase والمازوخية، والجنس والشعور بالذنب، والبحث عن الاثارة Sensation- seeking، والصراع . *(Jackie, F.et al. 1999, p.12)*. معظم هذه العوامل تعمل عملها بشكل لا شعورى .

وفيما يتصل بوهم القدرة المطلقة، يرى «بيرجلر» Bergler أن المقامر المرضى Patho- logicol gambler يتسم فى طفولتة بجنون العظمة الطفلى infantile megalomania أو ما كان فرويد يطلق عليه "الاعتقاد بوهم القدرة المطلقة، ويستمر هذا الاعتقاد مع الفرد حتى الكبر، ويبدو بوضوح فى سلوك المقامر وغروره بأنه يستطيع التحكم فى نتائج اللعبة، مثل التحكم فى زهر النرد والحصول على أى رقم، وكذلك التحكم فى عجلة الروليت ووضعها فى أى مكان، فالمقامر فى طفولتة يكون على وعى كامل برغباته برغم قلتها، كما أنه يدرك أن رغباتة وإشباعها رهن بتصرفات الكبار، خاصة الأم التى تمثل مصدر الاشباع الرئيسى، ذلك لأن الطفل ينظر إليها على أنها مطلقة القدرة ، فهى التى تتحكم فى الغذاء الذى هو كل شئ بالنسبة للطفل، ومن يتحكم فيه، يتحكم فى كل شئ *(Bergler, E. 1970, p. 33)* .

وعندما تأتى مرحلة الفطام تأتى معها باحباط فمى كبير، إذ أن الطفل قبل ذلك كان يحقق رغباته دون قيد أو شرط، مما ساعده على الشعور بحب الأم، أما وقد أصبحت الأم مصدر للاحباط برغم قدرتها على تحقيق رغبات الطفل، فإن ذلك يؤدى لكراهيتها، فالطفل لا يدرك من خلال الموقف الضاغط الذى تضعه فيه الأم أثناء الفطام، فالوالدين يريدا للطفل أن يتجه لمرحلة أخرى من النمو، وإنما كل ما يدركه الطفل الاحباط الفمى وفقدان الشعور بالقدرة المطلقة . ويحاول الطفل أثناء عمليات النمو أن يعيد لنفسه الشعور بحب الوالدين ووهم

القدرة المطلقة، والتغلب على الاحباط الفمى، وقد لا يجد وسيلة فى ذلك سوى المقامرة، لذلك نؤكد نظرية التحليل النفسى على أن سلوك المقامرة ينتج بسبب فقدان الحب، والعدوان على الوالدين، فقد فشل الفرد فى أن يعيدهم على الصورة الأولى قبل الفطام، فكانت المقامرة وسيلة للعدوان عليهم، وإعلان صريح عن الاستغناء عنهم بأنه وجد طريقة أخرى تحقق له الاشباع، فبالمقامرة إستطاع المقامر أن يخلع الأم بصورة رمزية فوجد لنفسة حباً آخر يحقق له ما ضاع منه من إشباع، لذلك يذكر فرويد Freud أن الفوز فى المقامرة هو بديل رمزى عن لبن الأم، تماما كما تمثل الخسارة فى المقامرة خسارة لحب الأم، إلا أن للخسارة وجه آخر يتمثل فى رغبة المقامر فى عقاب الأم لكونها فشلت من قبل فى اعطائة الحب، وهنا يصبح الدافع الغرزى الذى يتم إشباعة من خلال المقامرة هو العدوان والذى يكون موجهاً بالتحديد نحو الأم، لذا بمكن القول أن المقامرة بديل عن الأم، سواء فى ميكانيزماتها أو عناصر التثبيت فيها أو ما بنوب عنها فى الأداء ***(Walker, R.M. 1995, p. 101)*** .

ويجب أن نشير إلى أن بعضاً من العدوان لدى المقامر يكون موجهاً للذات، وذلك ليبعد عن نفسه الشعور بالذنب تجاه الوالدين، وهنا يظهر الطابع المازوخى للمقامر والذى قد يبدو فى الرغبة فى الخسارة لازالة الشعور بالذنب، ففى الطفولة قد يصبح المقامر غاضبا من الوالدين وعدوانى عليهم وفى ذات الوقت يشعر بالخوف من إستجابتهم، مما قد يجعلة يعاقب نفسة على ذلك فى الكبر بالخسارة، وهذه الحالة هى التى تفسر لنا الاكتئاب لدى المقامر المرضى ***(Rosenthal, , K. 1987, p. 3/)*** .

والسؤال الذى يطرح نفسة، أن كثير من الأطفال يتعرضون لنفس الأحداث التى يتعرض لها المقامر فى طفولتة، وعلى الرغم من ذلك قد لا يقامرون، فلماذا يقامر فرد ولا يقامر الاخر برغم أن الخبرات التى مروا بها واحدة ؟!

يجيب ماز Maze على ذلك فيرى أن المقامرين فى طفولتهم يختلفون عن باقى الأطفال من حيث ثلاثة وعوامل :

١- صدمة الثدى : Breast trauma

٢- عقدة سيكوندس · The Secundus complex

٣- مرحلة الأختبار الأخلاقى Ethical testing phase

أما فيما يتصل بصدمة الثدى، فالمقامر أثناء الفطام فى الطفولة يتعرض لصدمة أكبر بكثير من الطفل العادى، كما أن البعض منهم قبل الفطام لايشعرون بتمتع فمى بالثدى، وقد يترك الفرد منهم ثدى الأم ليستمتع بطعام آخر، وبرغم كراهيته لثدى الأم قبل الفطام، إلا أنه يصدم ويحبط بعد الفطام، ويرى البعض أن الأفراط فى المقامرة قد يكون ناتج عن صدمة الثدى، وأن الفرد يقامر بكثرة كمحاولة لإعادة حالة الاشباع غير المشروطة التى كان يشعر بها قبل الفطام وأثناء الإحساس بوهم القدرة المطلقة . ***(Maze,j. 1987. p20)***.

وتشير عقدة «سيكوندس»* إلى الصراع الأوديبى بين الطفل ووالديه وبخاصة الأم، وطبقاً لهذه العقدة يشعر الطفل أن الأم مصدر الخطر وأن الخيانة والغدر أساس تكوينها، لذا لايجب الثقة بها. وعندما ينمو الطفل تنمو معه هذه الأفكار فتكون المقامرة والافراط فى المقامرة أحد الوسائل التى تساعد الفرد على الهروب من إسترجاع هذه الأفكار، خاصة وأن الاثارة النى يتضمنها سلوك المقامرة تحتوى الفرد كلية، بذلك تكون المقامرة تعويضاً عما كان يجب أن نمنحه الأم، ودفاعاً ضد مشاعر الألم ونقص تقدير الذات. ***(Walker, 1995. p.103)***.

أما بالنسبة لمرحلة الاختبار الأخلاقى Ethical testing phase ، فتشير إلى أن الطفل يتعلم فيها القواعد الأخلاقية ويتبنى وجهات نظر متعددة حول الموضوعات، ولكن المقامر على عكس ذلك، لايصل لهذه المرحلة بفعل التثبيتات التى تحول دون وصوله لهذه المرحلة، والسبب فى ذلك علاقات الطفل بالأخرين وخاصة الوالدين اللذان يتبعان أسلوباً مذبذباً فى

* عقدة (سكوبدس): سميت بهذا الاسم نسبة إلى أسطورة الفيلسوف الصامت من أنباع الفيثاغوربين الجدد neo-Pythagorean silent Philospher المولود فى القرن الثانى قبل الميلاد، وتروى الاسطورة أن سيكوندس فى طفولته تعلم أن المرأه لا يجب الثقة بها وأنها مصدر للخطر، ويترك سكوندس أمه فى رحلة عصيبية مليئة بالقسوة والحرمان، ويعود أثنا شاباً، ليلتقى بأمه ثانية ولكنه يقنعها بانه غريب عن المدينة، ويحاول الشاب الغريب أن يغرى أمه بالمال ليقيم معها علاقة جنسية، وذلك كمحاولة لاختبارها والتاكد من فكرته القديمة عن المرأة، وعندما توافق الأم على ذلك، لم يفعل سيكوندس شيئاً سوى أنه نام على صدرها فقط، وعندما جاء الصباح حاولت الأم أن تجد تفسيراً لهذا الرجل الغامض الذى حاول جاهداً أن يغريها بشتى الطرق، وما إن توافق لم يفعل شيئاً، وعندما كشف سيكوندس عن هويته وأنه فى الحقيقة إبنها، قامت الأم بالانتحار، ومن وقتها إختار سيكوندس الصمت طوال حياته

تربية الطفل من حيث الثواب والعقاب ، مما يجعل الطفل غير قادر على التمييز بين الأشياء الحسنة والرديئة، فتصبح فكرة الأخلاق والشعور الأخلاقى غير متضمنة فى سلوك الفرد. وعلى أثر ذلك يصبح المقامر أسيراً للنموذج الخاص به فى اختبار الموضوعات، فالمقامر له نموذجه الخاص الذى يختبر من خلاله الواقع، كما أنه يحاول أيضاً أن يجد الوسائل التى تعينه على إختبار الواقع من خلال النتائج المتوقعة للأفعال، ولكن غالباً ما يفشل المقامر فى ذلك، فلا يجد الوسائل التى تعينه على إختبار الواقع، فيكون بذلك أسيراً لنظرته الخاصة. ونتيجة لذلك يرى البعض أن المقامر ما يزال قابعاً فى داخل ذاته وأنه طفل غير ناضج لم يخرج بعد للعالم الموضوعى، وأنه يشعر بطفولته هذه، ولا ينظر لنفسه كانسان راشد إلا عندما يمارس المقامرة. .*(Maze, j. 1987. p 22)*

وفى ضوء ذلك ترى نظرية التحليل النفسى أن الهدف من المقامرة هو تضميد الجراح والصراعات النفسية، والهروب المؤقت من الديناميات التى تهدد كيان الذات، لذا تصبح المقامرة مصدراً للجذب مهما كانت نتائجها، مكسب أو خسارة، فكسب المال عامل من الدرجة الثانية لدى المقامر المرضى، فهو لايقامر من أجله فقط، المهم «الفعل» ذاته وليس نتائجه ويرى بعض المحللين أن المقامرة قد تكون إستجابة لبعض المثيرات المؤلمة، كفقدان شخص عزيز، أو موت الوالدين أو أحدهما، أو التعرض لخسارة كبيرة، وبذلك تصبح المقامرة وسيلة للتوافق مع الصراع بصراع آخر، وكأنما هى أيضا دفاع بالصراع ضد الصراع. ويرى وايلدمان Wild-man أن الصراع فى المقامرة يتمثل فى ثلاثة عوامل هامة هى : الجنس والعدوان والشعور بالذنب . *(Wildman, R. 1997, p. 18)* .

وإن كان وايلدمان، يرى أن المقامرة صراع ودفاع بالصراع ضد الصراع، فإن فرويد يرى أن المقامرة وسيلة لحل الصراعات، وخاصة الصراعات الوالدية أو ما ينوب عنهم من الرموز التى قد تتشكل على هيئة آلهة أو إمرأة لعوب تجلب الحظ، هى الممثل البديل للأم (lady luck)، وبجانب ذلك يرى فرويد أن المقامرة إدمان مثل إدمان المخدرات وشرب الكحوليات، لكنه يرى أنها إدمان ثانوى secandory تظهر أعراضة ضمن إدمان أولى Pri-mary addiction متمثل فى العادة السرية masturbation. لكن «چاكوب» فى نظريته

عن الإدمان يرى أن الميكانزم الاساسى فى المقامرة ليس إدمان العادة السرية، ولكنه الطابع النرجسى الذى يتميز به الفرد، فالشخصية النرجسية تحاول دوماً السيطرة على الاثارة والاندفاعية لديها من خلال سلوك المقامرة، فكثير من أنماط السلوك تستخدم لتحقيق السيطرة على مستوى الاثارة عن طريق أنماط سلوكية معينة، مثل شرب الخمر وتناول المخدرات وكثرة الأكل وكثرة النوم أو التمرينات الرياضية ومشاهدة التليفزيون أو الجنس. واختيار النشاط هنا بتوقف على تنظيم طاقة النشاط. *(Laockie, f. et al 1999, p. 14* .

والسيطرة على الإثارة لا يعنى أن المقامر يرغب فى القضاء على الاثارة، بل إنه يحاول أن يزيل توتر الاثارة دون أن يصل لدرجة الضعف، وفى الوقت نفسة يحاول أن يزبد من الاثارة بالمقامرة دون أن تصل لدرجة المائة، والهدف من ذلك هو التحكم فى الأشياء التى لا بستطيع التحكم فيها، لذا يقول روزينثال «Rosenthal»: إن الناس تقامر لكى يتحكموا فيما لا ينحكمون فيه (control the uncontrolable) وبخاصة التحكم فى المشاعر الخاصة بالمستقبل والقدر، لذا يحدد (روزينثال فى علاقة المقامر بالمستقبل، أن هناك مطالب هرمية للمقامر نتحدد فى ثلاثة عوامل الفرصة، الحظ والقدر، ورأى أن هذه العوامل تعمل منفصلة عن بعضها البعض ثم تتحد أثناء مراحل النمو لتشكل طابعاً خاص للمقامر.

. *(Rosenthal, R. 1992, p. 24)*

أوتوفينخل ونظرية التحليل النفسى فى المقامرة :

يرى فينخل أن الولع بالمقامرة هو تعبير عن الصراعات الدائرة حول الجنسية الطفلية يبعثة الخوف من المطمئنات الضرورية ضد القلق أو شعور الاثم، وكقاعدة عامة فإن الصراعات المعنية هنا، هى تلك التى تتركز حول الاستمناء. فاستثارة اللعب تناظر الاستثارة الجنسية، واستثارة الكسب تناظر إستثارة النشوة «وإستثارة القتل» كما أن إستثارة الخسارة تناظر عقوبة الخصاء «ومعاناة القتل» وتماماً كما أن العصابين القهرين يبتدعون العديد من التنبؤات قصداً منهم إلى إكراه الاله على إباحة الاستمناء وعلى تحريرهم من شعورهم بالأثم (الأمر الذى يفشل كقاعدة عامة) فكذلك المقامر أيضاً يغرى القدر بأن يعلن عما إن كان يؤيد لعبة «إستمناء» أو عما إن كان يخصية .

وكما هو الشأن حول كل الصراعات الدائرة حول الاستمناء، فكذلك الحال هنا إذ يعمل هذا النشاط فداء للأخابيل العدوانية المستهجنة التى يعمل لحسابها. وشدة الصراعات الدائرة حول الحصول على الامدادات من جديد نشير إلى النثبيت الفمى، هذا إلى أن العنصر الأستى (الدور الذى تلعبة النقود) يتبدى أيضاً بارزاً .

ومع كل ذلك فالولع بالمقامرة فى صميمة هو إستفزاز للقدر لأرغامة على إتخاذ قرار لصالح الفرد أو ضدة، فالحظ الحسن يعنى وعدا بالحماية بالامدادات النرجسية فيما يتصل بالأفعال الغرزية المقبلة، ولكن الأهم من ذلك هو أن المقامر النمطى يؤمن شعورياً أولا شعورياً بحقة فى أن يطلب حماية خاصة من القدر، فمقامرتة هى محاولة منه لارغام القدر بطريقة سحرية على أن يؤدى واجبه، ومع ذلك فالمقامرة حرب ضد القدر .

فالمقامر يهدد بقتل القدر إذا رفض تقديم الامدادات الضرورية، وهو على إسنعداد من أجل ذلك لأن بخاطر ويعانى من خطر القتل، وفى الواقع إن الأخاييل الاستمنائية اللاشعوريه الخاصة بالمقامرة، غالباً ما تتركز حول قتل الأب، والحالة التالية توضح ذلك .

مقامر،شديد الولع بالمقامرة فى اليانصيب، كان يتصرف وكأنه من المؤكد أن يربح يوماً الجائزة الكبرى، كان ذلك ببساطة دينا له على القدر، وكشف التحليل على أن القدر لم يكن إلا وجه أبية، وقد كان أبوه مسرفاً فى تدليلة فى السنوات الأولى الثلاث من حياتة، ثم فجأة جردة أبوه من كل الامتيازات، فطوال حياتة كان يطالب بالتعويض .

وفى المقامرة الأمينه تكون فرصة الخسارة مساوية لفرصة الكسب، المقامر يجترئ على إرغام الإله أن يتخذ بشأنة قراراً، أملاً فى عفوه، ولكن حتى حين يخسر أو حين يدان ويعانى القتل، فذلك يبدو له أكثر بكثير من الاستمرار فى معاناه ضغط الأنا، العليا غير المحتمل. وإذا كان الكسب فى المقامرة يعنى تمزداً للحصول على المطلوب، فإن الخسارة تعنى لا شعورياً إستعطافاً للحصول على المطلوب نفسه، والواقع هو أن الكثير من الأفعال الاندفاعية تميل لأن تعبر ليس فحسب عن الحفزات الغريزية، بل أيضاً عن متطلبات أنا عليا قاسية .

إن المقامرة والاستمناء يشتركان فى شئ نمطى، فكلاهما يتجة القصد إليه كنوع من اللعب. والوظيفة السيكولوجية للعب هى التخلص من التوترات الشديدة بالتكرار الايجابى لهذه التوترات أو باستباقها، إن الاستمناء فى الطفولة والبلوغ هو بهذا المعنى لعب بالهياج الجنسى يجعل الأنا تألف الهياج ويعدها للقدرة على السيطرة عليه، والمقامرة فى البداية يكون النظر إليها على أنها لعب، بمعنى أن النبوءة يتم سؤالها بشكل لعبى عن الاتجاة الذى يكون عليه قرارها فى موقف أكثر جدية، وتحت ضغط التوترات الداخلية يمكن للطابع اللعبى أن يختفى، فالأنا لم تعد الأن تستطيع السيطرة على ما بدأتة بل تنغمر بحلقة مفرغة من القلق الخطير وعنف الحاجة إلى الاطمئنان ثم القلق من جديد من شدة العنف، وعندئذ يبدو قطع الوقت مسألة حياة أو موت . ***(أوتوفينخل، ١٩٦٩، صـ٧٠٢ : ٧٠٨)***

وهناك بعض الباحثين يرون وجهات نظر مضادة لنظرية التحليل النفسى فى المقامرة فيرون أنها عصاب قهرى، ويعلق على ذلك فينخل» بقوله: «إننا عندما نصف المقامرة «بالقهر» فذلك وصف ناقص غير سليم إذ أن الأهم هو صراع المقامر مع تجسُيد القدر personifi-cation of fate، ذلك القدر الذى يكون فى حالة مع- أو ضد المقامر. وذلك الصراع فى النهاية هو صراع مع الوالدين ***(Lesieur, H& Rosenthal, R. 1991. p. 16)*** .

ثانياً: نظرية العوامل الشخصية للمقامرة

Personality Factors of gambling

تتناول نظرية العوامل الشخصية فى المقامرة العديد من الخصائص الشخصية التى ترى أنها تؤثر على البناء النفسى للفرد فتدفعة لسلوك المقامرة، فتتحدث النظرية عن الاكتئاب، والشخصية المضادة للمجتمع، والقلق، والخضوع والسيطرة والتوجة التحصيلى والشخصية النرجسية .

فيلعب الاكتئاب دوراً كبيراً فى سلوك المقامرة، حيث يحاول الفرد أن يبحث عن وسيلة للخروج من مأزق الشعور بالاكتئاب فلا يجد إلا المقامرة لما تتمتع به من مستوى عالى من الاثارة، فالشعور بالضغط والخسارة وكل ما تؤدى به الأحداث الصارمة، لا يقضى عليها إلا نشوة الاثارة أثناء المقامرة *(Roy, A. et al. 989. p. 50)* .

والمقامر، وخاصة المقامر المرضى يختلف لدية التوجه التحصيلى achievement or-ientation عن الشخص العادى، فالمقامر المرضى أكثر تحصيلاً وذكاءاً ومناورة،، كذلك يتميز المقامرون بإرتفاع نسبة القلق والانحراف السيكوباتى وانخفاض قوة الأنا والتحكم فى الذات self-control مع زيادة الاضطراب فى الجانب النرجسى من الشخصية، هذا بالإضافة إلى الرغبة العارمة فى التحكم فى الاشياء

(Graham,G. & Lowenfeld, B. 1986. p.59).

ويشير بلاذنسكى ومكنوتى Balszczynski & Mccanaghy إلى أن هناك ثلاثة أنماط منفصلة من المقامرة .

١- المقامر المكتئب

٢- المقامر المتبرم المنزعج

٣- المقامر المكتئب المتبرم المنزعج

وتظهر المقامرة هنا كمحاولة للقضاء على اى من هذه الأنماط الثلاثة .

(Blazczynski, A& Mcconoghy, N. 1990. p. 36)

وهناك بعض الخصائص التى ترتبط بالمقامر المحترف، فهو دائما منبسط وودود ومعتدل فى تصرفاتة ونادرا ما يكتئب، ورغم ذلك قد يعانى من إضطرابات الشخصية خاصة العاطفية منها. وقد حدد مكورمك وتابر Mccormick & Taber خمس خصائص شخصية ترتبط بالمقامرة المرضية وهى :

١- الميول والاتجاهات الوسواسية القهرية

٢- العامل المزاجى" «ويتراوح ما بين الاكتئاب والاعتدال .

٣- الشعور بوجود صدمات لها دلالتها، أو وجود ضغوط حياتية: وهى صدمات وضغوط قديمة وأخرى حديثة .

٤- العامل الإجتماعى: ويرتبط بمشكلات خاصة باضطراب الشخصية المضادة للمجتمع

٥- مشاكل الإدمان والشعور بالإساءة. وهذا العامل هو ما يطلق عليه نظرية الشخصية الإدمانية، والتى ترى أن هناك نمط من الشخصية يكون أكثر عرضة للإدمان من أى نوع آخر، فقد اتضح أن غالبية المقامرين مدمنين، بداية من المخدرات ووصولاً إلى الكحوليات حتى الهروين، فالمقامريشبة لدرجة ما المدمن، إلا أن المقامر لدية إنحراف فى الشخصية أكبر بكثير من المدمن ***(Mccormic, R. & Taber, j. 1987, p. 30)*** .

ثالثاً : نظرية الفعل السببى للمقامرة

The theory of reasoned action of gamling

وضـع «فيشـبين وازين» عام ١٩٧٥ نظرية فى السلوك تشمل متغيرات القصد والنية tention، والاتجاهات، والمعايير الذاتية. فالسبب الأولى للسلوك هو نية الفعل، ولا تتكون هذه النية إلا فى وجود اتجاه معين نحو الفعل ومعايير ذاتية تحيط به . وقد قام «كمنح وكورنى» بتطبيق هذه النظرية على سلوك المقامرة (فالنية والقصد) فى ممارسة المقامرة، تنبع من الرغبة فى ذلك «الاتجاه» وكذلك من خلال معلومات وتوقعات لأن يمارس الفرد المقامرة «المعيار الذاتى» . وقد تزداد سلوكيات المقامرة إذا كانت المعايير الإجتماعية تشرع ذلك، بحيث تصبح المقامرة سلوكاً مقبولاً إجتماعياً، وهنا قد تحل المعايير الإجتماعية محل المعايير الذاتية، فيزداد سلوك المقامرة، خاصة لدى الأفراد الذين كانت معايرهم الذاتية ترفض ذلك.

. *(Fishbein, M. & Ajzen, i. 1975, p.3)*

والاتجاة نحو سلوك معين هو عملية تقيمية للشخص نفسه، تجعله يتصرف بشكل معين تجاة فعل ما، بحيث يصبح سلوكاً ما مقبولاً وآخر غير مقبول، وبمجرد أن تتكون المعتقدات حول هذا السلوك وتقدر ننائجة، يصبح الاتجاة مركب من وحدات تقييمية لمعتقدات واضحة وبارزة، فاتجاهات المقامر نحو المقامرة التى يمارسها: أنه سيفوز، وأن دوره قد أتى وحان الوقت ليفوز بشئ ما، وأن الحظ سيحالفة من الآن فصاعدا، ومثل هذه المعتقدات هى معايير ذاتية تجعل الفرد يستمر كثيرا فى المقامرة .

وطبقا للمعايير الذاتية نجد أن كثيراً من الأفراد لا يقامرون برغم إتاحة الفرصة لسلوك المقامرة، ذلك لأن معاييرهم الذاتية ترفض ذلك. وقد يترك الفرد المقامرة بمجرد الزواج، لأن إتجاهات الزوجة سلبية نحو المقامرة .

وترى هذه النظرية أن المتغيرات الطرفية Distal-variables لها دور كبير فى سلوك المقامرة من حيث النية والقصد، وكذلك من حيث الاتجاه نحو المقامرة، ومن أهم المتغيرات الطرفية، سلوك المخاطرة، حيث يؤدى هذا السلوك لتبنى إتجاهات إيجابية نحو المقامرة. بجانب

سلوك المخاطرة، هناك أيضاً التفكير غير العقلانى. irrational thinking الذى يـهئ للمقامر أن بإمكانة التأثير فى نتائج اللعبة، ومثل هذا الاعتقاد يدعم (الاتجاه) نحو ممارسة المقامرة أكثر وأكثر، بقدر ما يدعم (القصد والنية لها).

(Cummings, W. & Corney, W. 1987. p. 140- 143).

رابعاً : نظرية التقلب للمقامرة

Reversal theory of gambling

قام أندرسون وبراون عام ١٩٨٧ بوضع نظرية التقلب لتفسيرسلوك المقامرة، والنظرية فى الأساس ضمن نظريات الاثارة Arousal، التى تفترض أن الاثارة يمكن تفسيرها ضمن حالتين :

١- الهدف telic

٢- محازاة الهدف Paratelic

وقد يتحول الفرد من أى من هذه الحالات إلى الأخرى . فقد ينتقل المقامر من حالة الهدف telic إلى حالة محاذاة الهدف paratelic والعكس صحيح. (وحالة الهدف) تعنى أن الفرد يكون موجهاً نحو تحقيق غاية معينة أو عدة غايات، وهنا نجد المقامر فى حالة الهدف يسعى نحو الكسب المادى. أما (حالة محاذاة الهدف) يكون سلوك الفرد موجه فيها نحو المتعة والاثارة، فنجد المقامر لا يهمة المكسب أو الخسارة، وإنما ما يهمة هو إستمرار حالة النشوة والاثارة .

وفى كثير من حالات المقامرة نجد الفرد يبدأ هذا السلوك للحصول على المال فقط «حالة الهدف telic) ثم لا يلبث أن ينتقل إلى حالة (محاذاة الهدف paratelic) وذلك للحصول على الاثارة والمتعة، ولكن إذا تعرض المقامر للخسارة الكبيرة وهو فى حالة محاذاة الهدف، يتحول إلى حالة الهدف.

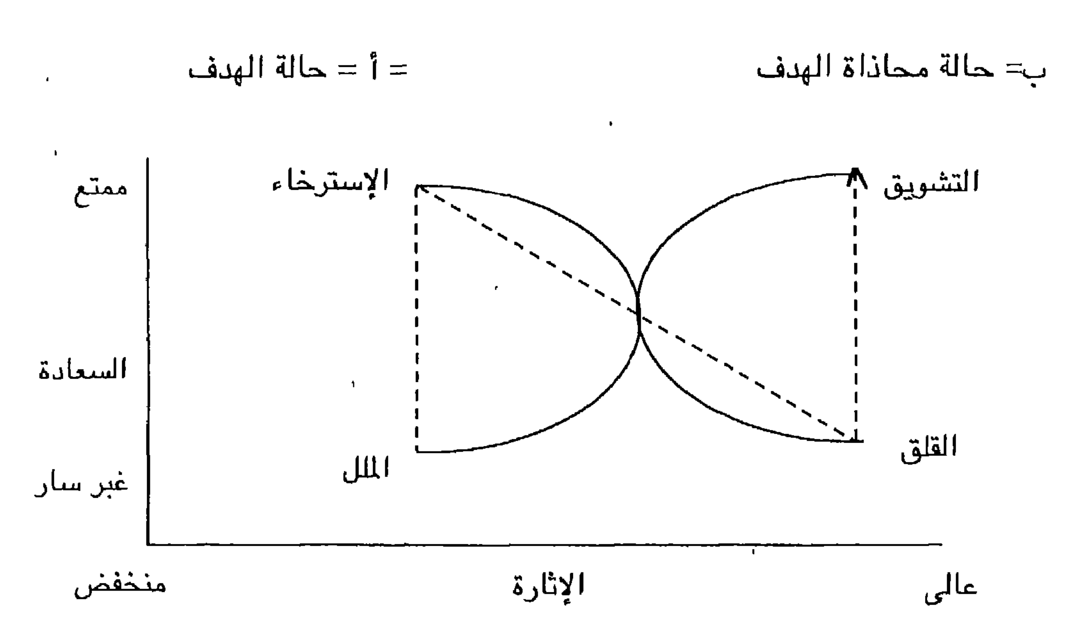
وفى كلتا الحالتين «الهدف ومحاذاة الهدف» يختلف الشعور بالاثارة، ففى حالة الهدف يكون المقامر متجها نحو المستقبل ويضع الخطط ويكون تركيزة خارج نطاق ذاتة، ويستمتع بلذة المشاركة، ويوظف نفسه توظيفاً ذا معنى» ويفضل أن يكون فى حالة أقل شدة وإثارة. أما فى حالة محاذاة الهدف، يكون المقامر متجها نحو الحاضر، ويكون أكثر تلقائية وتركيزه داخل ذاتة ويستمع بلذة الإثارة الحالية، ويفضل أن يكون فى حالة أكثر شدة وإثارة، وتفسر الإثارة

تفسيراً سلبياً فيما يتصل بحالة الهدف، حيث تعتبر الإثارة (قلق) ولكنها تفسر إيجابياً بالنسبة لحالة محاذاة الهدف، حيث تفسر «كتشويق» فانخفاض الاثارة يفسر إيجابياً فى حالة الهدف، حيث يفسر على أنه (إسترخاء) ولكنه بفسر سلبياً فى حالة محاذاة الهدف، حبث يفسر على أنه (ملل) .

ويتضح ذلك من الشكل التالى :

ب= حالة محاذاة الهدف

= أ = حالة الهدف



ويرى أندرسون وبراون أن نظرية القلب تساعدنا على فهم سلوك المقامرة من خلال طرق كثيرة **أولها**: أن بامكاننا أن نستنتج أن المقامر فى حالة محاذاة الهدف ينجذب للمقامرة بحثا عن الاثارة والمتعة، وهذا المقامر يراهن بالكثير من الأموال للحصول على كثير من الاثارة، أما المقامر فى حالة الهدف ينظر للمقامرة على أنها جالبة للقلق وهو مقامر يراهن بالقليل من الأموال ليقلل نسبة القلق لدية .

ثانياً: قد يقامر الأفراد لأسباب مختلفة تماما سواء كانوا فى حالة الهدف أو حالة محاذاة الهدف، فالمقامر فى حالة الهدف إذا كانت نسبة الإثارة لديه عالية، قد يقامر ليتحول لحالة محاذاة الهدف، حتى تتحول نسبة الإثارة العالية لدية إلى خبرة ممتعة ومشوقة، وكذلك الشخص فى حالة محاذاة الهدف إذا كانت لدية نسبة قليلة من الإثارة (أى شعور بالملل) قد يقامر لإزالة هذا الملل .

وأثناء اللعب قد تحدث مثل هذه التقلبات (Reversals) وما يحدد ذلك، المكسب أو الخسارة . ويرتبط الفوز بالإنتقال إلى حالة محاذاة الهدف، حيث الإثارة والمتعة، بينما نرتبط الخسارة بالإنتقال إلى حالة الهدف، حيث عدم الإحساس بالمتعة والشعور بالقلق، وبناء على ذلك قد يصبح المقامر الخاسر مهتماً بهدف واحد، وهو إعادة ما خسره من مال. وقد يتفق كثير من المقامرين فى هذه النقطة إذا أصبحت المقامرة باعثة على الإحساس بعدم المتعة . وعلى الرغم من أن الإنقلاب إلى حالة الهدف هو الأكثر شيوعاً والمرتبط بحالة الخسارة، إلا أنه قد يحدث عندما يفوز المقامر ***(Anderson, G. & Brown, p. 987. Pp. 179- 183)*** .

خامساً: نظرية التعلم الإجتماعى للمقامرة

Social learning theory of gambling

نظرية التعلم الإجتماعى، هى إحدى النظريات السيكولوجية للتعلم والشخصية، والتى ترى أن المقامرة سلوك متعلم يحدث من خلال التقليد، إما لنموذج يعجب به المقامر أو لأحد أقرانة، وترى النظرية أن الافراط فى المقامرة يرجع إلى البنية الإجتماعية والمحيط البيئى للمقامر، وكذلك الفرص المتاحة للمقامرة مثل أوقات الفراغ والبيئة الجغرافية المناسبة والنظرة العامة لاستخدام الأموال. وترى النظرية أيضاً أن المقامرة قد يكون لها وظيفة توافقية للفرد، حيث أنها تسمح له بالتحكم فى كمية الإثارة لديه، وعلى الرغم من ذلك يؤدى سلوك المقامرة لمشاكل كثيرة، قد تتراوح شدتها ما بين مشكلات عادية إلى أخرى أشد خطورة .

وكل هذه المشكلات قد يتغلب عليها الشخص تلقائيا ودون أن ينلقى العلاج، وذلك لأن المقامرة ما هى إلا مرحلة، وبإمكان المقامر الخروج من هذه المرحلة . فطالما أن السلوك منعلم، إذن من الممكن ألا يتعلم .

(Mischell, w. 1973. p. 253)

من هنا يتضح أن نظرية التعلم الإجتماعى للمقامرة تهتم بالجوانب الاجتماعية الخارجية وتقلل من شأن قوة دوافع الفرد وانفعالاتة ومدركاتة، والتى قد يكون لها التأثير الأكبر على الفرد. ومن ناحية أخرى ترى النظرية أن المقامرة نوع من الهروب، يحاول الشخص من خلالها أن يحل مشاكله ويعالجها. ***(Dickerson, M. & weeks, D. 1974, p. 37)*** .

وترى نظرية التعلم الإجتماعى أن المقامرة تتم عن طريق التعلم والتقليد وملاحظة الآخرين، وذلك لأن كثير من ألعاب المقامرة تحتاج لمهارة وتدريب، مثل (الماكينة الشقبية) Solt Machine* تلك اللعبة التى لا تحتاج فقط للمهارة، بل أيضاً لبعض القواعد الاجتماعية

* الماكيه الشقبية. Solt Machine. هى ماكينة تعمل باسقاط قطعة نقدية فى شق صغير ضيق.

لممارستها، فمثلاً من بعض قواعدها أن المقامر لا يُخرج مباشرة العملة المعدنية بمجرد وضعها فى الشق الصحيح، ولكن عليه أن يتركها حتى تعطى له محاولات أخرى، وعليه فى النهاية أن يحوّل هذه المحاولات إلى أموال .

ويحدث التعلم الإجتماعى من خلال الجماعات المرجعية Reference group لكنه لا يعتمد عليها فقط، بل يعتمد التعلم الإجتماعى للمقامرة على عوامل أخرى مثل الأسرة والتى تعتبر أفضل عوامل التدريب على المقامرة إذا كانت الأسرة من ممارسى المقامرة، ويحدث هذا النعلم عند ملاحظة الأطفال والمراهقين للحظات الأثارة والتشويق والمخاطرة التى تبدو على الوالدين أو أحد أفراد الأسرة، وهذا ما يعرف بالتدعيم البديل Vicarious reinforce-ment، ويبدو هذا التدعيم فى أسئلة الفرد عن الكيفية الصحيحة لممارسة المقامرة، وعن قوانين اللعبة. وقد يكون للتعلم الإجتماعى دوراً فى ممارسة المقامرة عن طريق التشويق بالربح الزائد .

(Walker, M. 1995, p. 125)

سادساً : النظرية المعرفية السلوكية للمقامرة

Cognitive behavior Theory of gambling

إشتقت هذه النظرية فى الأساس من نظرية التعلم، ولكنها تركز على الدور الذى تلعبة العمليات المعرفية فى إكتساب سلوك المقامرة. وطبقاً لهذه النظرية فإن سلوك المقامرة يتم إكتسابة من خلال الميكانزمات التقليدية الموجودة فى الاشتراط الكلاسيكى. فسلوك المقامرة يتم تدعيمة من خلال المكافأة المالية ومستويات الإثارة الفسيولوجية التى تؤدى لنوع من الحماس والتشويق. ويلعب الفوز دوراً كبيراً فى تدعيم سلوك المقامرة ويزيد من إحتمالية الأفراط فى المقامرة، كذلك ترتبط عملية الإثارة بالفوز والمكافأة المالية، وهنا يتعلم المقامر أن الفوز عملية غير دائمة، ولكنها بالتأكيد ستحدث، وهذا ما يجعل المقامر يستمر فى اللعب رغم ما يتعرض له من خسارة متكررة، فهو على يقين كاذب بأن النهاية حتماً ستكون لصالحه .

ولو استمرت عمليات التدعيم لفترة طويلة، تحدث إرتباطات كثيرة تتشكل عن طريق عمليات الاشتراط الكلاسيكى، فتصبح بيئة المقامرة فى حد ذاتها بيئة إثارة، حتى ولو لم يتم فيها ممارسة المقامرة. وقد يتم أيضاً تدعيم بعض الأفكار، حيث يشعر المقامر أنه فى أوقات معينة يكون محظوظ، وإذا تحقق له الفوز تدعمت هذه الفكرة، وحتى إذا خسر المقامر فى الوقت الذى كان يظن فيه أن الحظ معه، فإنه يعتقد أن المقامرة تخفى له فوزاً كبيراً سيأتى مرة واحدة، وهذا ما يعرف بوهم المقامر. gambler's fallacy.

(McCormic, R. 1-994, p. 78)

وترى هذه النظرية أن المشكلات التى تنجم من سلوك المقامرة، نرجع لضعف فى مهارات حل الضغوط لدى المقامر gambler's coping skills، مما يؤدى معه إلى عدم التحكم فى الإثارة وظهور الأفكار غير العقلانية، وعدم القدرة على إتخاذ القرار وزيادة تدعيم سلوك المقامرة، كل ذلك يؤدى لعدم القدرة على التوقف عن المقامرة، فيصبح سلوك المقامرة عادة، وميكانزم تشكيل للسلوك behavior completion mechanism وهذا يعنى أنه متى أثيرت الرغبة فى المقامرة، لابد على المقامر أن يمارس المقامرة، كإستجابة لهذا المثير، حتى

نكتمل المعادلة: مثير ثم إستجابة، ولو لم يحدث ذلك يصبح المقامر أكثر قلقاً وتوتراً، وترى النظرية أيضاً أن النمذجة Modeling والتقليد أهم الميكانزمات لاكتساب سلوك المقامرة، كذلك ترى النظرية أن وهم القدرة على التحكم illusion of control، والتعميمات غير الصحيحة، ومدعمات السلوك، وتذكر الفوز ونسيان الخسارة، كلها عوامل تساعد على كثرة الأفراط فى سلوك المقامرة *(sharpe, L & tarrier, N. 1993. p. 410)* .

النظرية العامة للمقامرة

A General theory of gambling

من الصعوبة بمكان أن يتوقف سلوك المقامرة عند عامل واحد فقط، بل تتداخل فيه عدة عوامل لتجعل من الفرد فى النهاية مقامراً، هذا بالإضافة إلى أن هناك كثيراً من العوامل الفرعية الطرفية distal Factor التى تتداخل مع بعض العوامل الأساسية لتشكل سلوك المقامرة، لكن إذا كانت العوامل الأساسية واضحة نسبياً، فمازالت العوامل الطرفية الفرعية موضع بحث لدراسة الوزن النسبى لكل عامل وأثرة على سلوك المقامر. وفى هذه النظرية سنركز على العوامل الأساسية التى تحدد سلوك المقامرة وتأثير كل منها على الظاهرة والوزن النسبى لكل عامل ودرجة قوتة عن العوامل الأخرى، وأهم هذه العوامل ما يلى :

١- الثقافة (الفرعية) Culture

٢- الجماعات المرجعية Reference group

٣- التعلم الاجتماعى Social Learning

٤- الشخصية Personolity

٥- الازمات والضغوط crises & stress

٦- وقت الفرا غ Leisur time

٧- المكافآت الاجتماعية Sociol Reward

٨- الحاجة إلى الإثارة النفسفسيولوچية Psychophysiologica arousol need

٩- العامل المعرفى Cognitive Factor

وإذا تناولنا هذه العوامل بالتفصيل، سنجد أولاً الثقافة، حيث يعتمد سلوك المقامر بدرجة كبيرة على الثقافة التى يعيش فيها الفرد، ويتضح هذا التأثير من خلال ثلاثة طرق أساسية :

١- مدى إتاحة أنماط مختلفة من المقامرة داخل الثقافة .

٢- الاتجاهات والعادات والتقاليد الخاصة بالثقافة الفرعية، والتى تشجع أو نرفض الإنماط والأشكال المتاحة من المقامرة .

٣- القوانين ونظم الثقافة التى تحدد أنواع المقامرة التى يعاقب عليها .

فإتاحة الفعل شرط لحدوثة، وكذلك إتاحة الفرة للمقامرة يساعد على ممارسة هذا السلوك، فالسكان الاصلين لاستراليا لم يمارسوا المقامرة إلا عندما جاء الاستعمار من جانب البيض، كذلك فإن زيادة ترخيص المقامرة وإتاحة نوع من الشرعية لها، يعمل على زيادة ممارستها. ***(Walker R, M. 1995. p. 123)*** .

وكما أن الإتجاهات الثقافية الفرعية تؤثر على حدوث سلوك المقامرة، كذلك يلعب الدين دوراً بارزا فى ذلك. فهناك فروق بين الأديان فى تحريم المقامرة، وتحريم بعض أنماطها، وإضفاء الشرعية على بعضها الآخر. والاتجاهات الإيجابية لكل من الدين والثقافة هى ما يساعد على الأفراط فى سلوك المقامرة. وهناك تفاوت كبير بين الثقافات الفرعية فى النظرة لسلوك المقامرة، يتضح هذا التفاوت ويبلغ أقصاها عندما تنظر بعض المناطق فى إستراليا لغير المقامر نظرة سلبية، وتعلى من شأن المقامر . ***(Grichting, W. 1986, p. 48)*** .

ومن العوامل الأخرى التى تلعب دوراً كبيراً فى سلوك المقامرة، الجماعة المرجعية Re-frences group، وهى عبارة عن مجموعة من الأفراد يتوحد الفرد بهم ويتشابة معهم فى السلوك، ولا يشترط أن يكون الفرد عضواً ضمن هذه الجماعة، بل قد يكون خارجاً عنها، لكنها نؤثر فى أفكاره وأفعاله إلى الحد الذى تجعله قد يقامر حتى تتطابق أفعالة مع أفعال الجماعة المرجعية. وقد تكون الجماعة المرجعية الأسرة أو الأصدقاء أو جماعات العمل work-group، فمثل هذه الجماعات تشجع على ممارسة سلوك المقامرة، وخاصة جماعة العمل ونوع العمل نفسه إذا كان يسمح بمزيد من أوقات الفراغ. ***(Walker, M. 1995, p. 124)***

وتوضح الجماعة المرجعيه أثر التعلم الإجتماعى فى سلوك المقامرة، من حيث تعلم المهارات الخاصة بالمقامرة والتقليد، كما يشير أيضاً إلى أن المستوى الإجتماعى الاقتصادى يؤثر على ممارسة المقامرة بقدر ما يؤثر على نوعيتها . ***(Zola, K. .1963, p. 366)*** .

وإذا كانت الثقافة والجماعة المرجعية والتعلم الإجتماعى يؤثران بدرجة كبيرة على سلوك المقامرة، فإن ما يربط هذه العوامل ويدمجها فى إطار واحد، انما هو شخصية الفرد، تلك التى تتحدد من خلال عوامل موقفية situational Factors تعتمد على الثواب والعقاب والاختيار، مما يعطى للشخصية بأبعادها وخصائصها الأهمية الكبرى فى التحكم فى السلوك، وطبقاً لذلك يتعلم الفرد المخاطرة بالمقامرة (عامل شخصى) من خلال المكسب الكبير أو الأمل فى الربح (عامل موقفى) .

وقد يرجع سلوك المقامرة إلى الأزمات والضغوط Crises and stress حيث تكون المقامرة هروب من الضغوط الحياتية، وأن كانت ضغوط الحياة لم تجعل من الفرد مقامراً، فإنها نهيئه لذلك وأهم ضغوط الحياة التى تهئ لذلك، عدم التجانس الزواجى martial dishar-mony وموت أحد أفراد الأسرة، والمقامرة قد تكون هروباً من الضغوط لما يلى :

١- أن المقامرة تساعد الفرد على الابتعاد عن مصدر الضغط .

٢- توجة إنتباه الفرد بعيداً عن الضغوط .

٣- تحمى الفرد من الشعور بالمسئولية الاجتماعية .

(Pokorny, M. 1972, p. 356)

وقد يساعد وقت الفراغ على ممارسة المقامرة، لذلك ليس من الغريب أن تزداد معدلات المقامرة إذا كان الفرد متعطلاً عن العمل، أو غير متزوج، ويرى (جاكوبيس) أن المقامرة ترتفع فى بعض الدول النامية بسبب زيادة أوقات الفراغ، وبخاصة فى حالات التقاعد عن العمل. وبجانب أوقات الفراغ، تساعد المكافآت الإجتماعية social reward على ممارسة المقامرة، والتى تتضح فى تكوين صداقات وجماعات إجتماعية تؤثر فى سلوك الفرد، وذلك لأن المقامرة تحدث فى وسط إجتماعى ولابد فيها من الالتقاء مع الآخر والاحتكاك به، سواء كان هذا الأخر هو العدو، المنافس، ام الصديق. ويرى (جوفمان) أن المكافأة الإجتماعية التى تمنحها المقامرة للمقامرين هى الاحساس بالشجاعة والقوة ومواجهة الخطر.

(Waker, M. 1995, p. 126)

وتلعب الاثارة النفسفسيولوجية .Psychophysiological arousal need، دوراً كبيراً فى الدافعية لسلوك المقامرة، إذ أن كثير من المقامرين، وخاصة المقامر المرضى، يقامرون من أجل الإثارة، تلك التى لا تمثل حالة مؤلمة، بقدر ما تمثل حالة من النشوة والسعادة، فيرى «براون» أن المقامر يقامر من أجل الحاجة إلى الاسترخاء عن طريق الإثارة، وهذا هو حال المقامر المرضى الذى ينتقل من حالة الهدف Telic التى تسعى وراء المال، إلى حالة محاذاة الهدف Paratelic والتى لا تهدف إلا إلى الإثارة والبحث عن المخاطرة

(Brown, R. 1987, p. 113)

وترى النظرية العامة للمقامرة أن للعوامل المعرفية Cognitive factors دوراً أيضاً فى الدافعية .لسلوك المقامرة، حيث ترتبط العوامل المعرفية بمعتقدات المقامر، وفنيات اللعب، والنتائج، فاذا كانت المقامرة مخاطرة ومغامرة، فعلى المقامر أن يتوقع دائماً الخسارة، وذلك لأنة لا توجد فنية معينة تجعل من المقامرة عملية ناجحة، وما يؤكد هذه المعتقدات ما تنتهى إليه المقامرة دائماً .

وطبقاً للنظرية المعرفية، يتمتع المقامر ببعض الأفكار والمعتقدات الخاطئة مثل المقامرة تتطلب المهارة والمخاطرة والمعلومات، وأنه بإمكان الفرد التحكم فى نتائج اللعبة بمهاراتة، كذلك يؤمن المقامر أن الحظ من خصائص الشخصية، أى أن هناك بعض المقامرين محظوظين دون الآخرين، ومثل هذه المعتقدات تجعل الفرد مقامراً، بل ومفرط فى المقامرة، وهكذا يتضح لنا أن المقامر ليس جاهلاً وإنما يعرف الكثير والكثير، لكن ما يعرفه خاطئ .

(Walker, M. 1995, p. 130)

المقامرة المرضية: Pathological Gambling

إعتاد العلماء فى دراسة سلوك المقامرة على تخيص جانب كبير من إهتمامهم لتعريف المقامرة ومناقشة شتى التعريفات المقترحة لها، وذلك من أجل الوصول إلى تحديد علمى دقيق يُستند إليه من بعد فى وضع نظرية كاملة عن المقامرة. لكن على الرغم من ذلك هناك صعوبة كبيرة فى تحديد مصطلح المقامرة، ويرجع ذلك للشخص حامل الظاهرة «المقامر Gambler» أكثر مما يرجع للظاهرة نفسها «المقامرة Gambling» .

فقد يند المقامر عن كل تعريف ويفلت من كل تحديد ويخرج على كل قاعدة، فهو فرد ملتبس مركب يمتزج فيه الطهارة والرجس، الأمل واليأس. كذلك نجد ظاهرة المقامرة نفسها تبدو صعبة التعريف لأن دلالتها غير متضمنة فى ثناياها، أو فى تركيبها اللغوى، فهى لا تفهم بالتحليل اللغوى، إذ أنها أعقد من أن تكون ظاهرة مركبة يمكن أن تعرف عن طريق التحليل للعناصر البسيطة لها .

ويرى الباحث أن سلوك المقامرة ليس مجرد إشكال نظرى أو بحث منطقى لغوى، وإنما هى مشكلة يواجهها الفرد على مستوى الخبرة المعاشة، لذا يجب أن ندرس المقامرة والمقامر بعيداً عن التصورات النظرية والصياغة الصورية، والأشكال الدالة عليها فقط، وإنما نتخطى ذلك إلى المضامين الدالة، أى ننتقل من العينى إلى المجرد .

وعندما أصبحت مشكلة المقامرة فى التسعينات محط أنظار العلماء فى الغرب، ظهرت مشكلة .تحديد المصطلحات الخاصة بسلوك المقامرة وذلك لما يلى :

١- ندرة الحقائق المتصلة بسلوك المقامرة على الرغم من ظهور العديد من الدراسات والاطر النظرية فى مجال دراسة سلوك المقامرة .

٢- كثرة المشكلات الخاصة بالمنهج السليم لدراسة سلوك المقامرة .

٣- تنوع وإختلاف .النماذج الخاصة بسلوك المقامرة، تلك النماذج التى لا تكمل بعضها البعض، خاصة فيما يتعلق بالمشاكل السلوكية التى يتعرض لها المقامرون .

٤- كثرة المجالات التى تناولت سلوك المقامرة، فالمقامرة المرضية مثلاً تصنف ضمن علم الإدمان Addictionology والبيولوجيا، والوراثة،والباثولوچيا، والفشل فى التعلم، والديناميات الإجتماعية، والتحكم فى الدفعات. *(jackie, f. et, al. 1999, p. 12)* .

وتحديد مصطلح المقامرة Gambling يجعلنا وجهاً لوجة أمام العديد من المصطلحات المتداخلة مع بعضها البعض مثل ما يلى :

المقامرة القهرية.	Compulsive gambling
المقامرة المشكل .	Problem gambling
إدمان المقامرة.	Gambling addiction
المقامرة المرضية.	Pathological gambling
المقامرة المرضية الكامنة.	Potential pathological gambling
المقامرة المرضية المحتملة.	Probable pathological gambling
المقامرة المعرضة للخطر.	At risk gambling
المقامرة الإجتماعية.	Social gambling
المقامرة المضطربة	disorderd gambling

والكثير من هذه المصطلحات لها نفس المفهوم، وكلها تندرج تحت مفهوم المقامرة المرضية، Poahologicol gambling باستثناء المقامرة الإجتماعية Social gom-bling. وينشأ الخلاف بين العلماء لأنهم لا يستخدمون مصطلحات ثابتة لوصف المقامرين الذين لهم نفس الصفات والديناميات النفسية، كذلك نجد أن بعض العلماء يحدد مصطلحات للمراهقين وأخرى للراشدين المقامرين، وإستخدام أكثر من مصطلح يؤدى لعدم القدرة على فهم الظاهرة وعلاجها. وهذا لا يعنى أننا نريد مصطلحاً واحد للظاهرة كما فعلت الرابطة الأمريكية للطب النفسى، حيث إستخدمت مصطلح المقامرة المرضية ليعبر عن جميع حالات المقامرة.

صحيح أن هذا المصطلح يعبر عن الغالبية العظمى من حالات المقامرة لكنه لا يضم فى محتواة المقامرين الذين يعانون من صعوبات أقل من المرضية وأولئك الذين لديهم مشكلات أكثر خطورة من المرضية، كما أن سلوك المقامرة سلوك تطورى يبدأ بسيطاً ثم يتحول لسلوك مرضى .

(National Academy Press, 1999, p. 22-23)

ومصطلح المقامرة المرضية، مصطلح شامل نسبياً ويقيم ما كان يستخدمة الباحثون من مصطلحات مثل المقامرة المشكل problem gambling والمقامرة القهرية والمقامرة المرضية الكامنة، والمقامرة الخطرة وإدمان المقامرة والمقامرة المرضية المحتملة، ويرى جمهرة من الباحثين فى المقامرة، أنه لكى نتغلب على صعوبة تحديد المصطلح، لابد من وضع نموذج يتراوح ما بين عدم المقامرة تماماً إلى أن يصل للمقامرة المرضية، ومن خلال هذا النموذج تتضح ديناميات المقامرة التى تمكننا من وضع نموذج علاجى للظاهرة. ويتمثل هذا النموذج فيما قدمة «شافر وهل» فيما يلى :

المستوى صفر للمقامرة : (Level 0)، حيث لا يكون هناك ممارسة لسلوك المقامرة.

المستوى الأول للمقامرة : (Level 1) وهى المقامرة الاجتماعية social gambling التى تكون بغرض التسلية دون تقدير للأثار السلبية الضارة التى قد تحدث لاحقاً، وهذا المستوى لا يصاحبة أى مشاكل .

المستوى الثانى للمقامرة : (Level 2) وهو المقامرة المرضية Pathological gambling كما جاء وصفها فى الدليل الشخيى الإحصائى الخامس (DSM-IV) والذى يوصف فيه المقامر بعدم قدرتة على التحكم فى سلوك المقامرة والاستمرار الكامل فى اللعب رغم الخسارة المتكرة، بجانب ما يتميز به من تفكير غير عقلانى، وظهور الدلالات الكلينيكية مع وجود مشكلات كثيرة بسبب المقامرة ،وسلوك المخاطر المرتفع لدى هذه الفئة .

المستوى الثالث : (Level 3) وهم المقامرين الذين يحتاجون للعلاج حتى لا تتضاعف مشاكلهم ***(shaffer, H. & Hall, M. 1996. P. 144)*** .

وتهتم الدراسة الحالية بالمستوى الثالث (المقامرة المرضية) palthological gom-bling، وكذكل المستوى الرابع الذى يحتاج المقامر فيه للعلاج، وقد لقى نموذج «شافر وهل» رواجا كبيراً للأسباب الآتية .

١ - أن هذا النموذج يضع تقسماً يدرك فيه المشاكل الحادة للمقامرة من ناحيتين

أ - أولئك الذين تتطابق حالتهم مع المحك التشخيصى لـ DSM .

ب - أولئك الذين يحتاجون للعلاج .

٢ - يسمح هذا النموذج بتقسيم الأفراد من غير مقامرين تماماً إلى من لديهم إضطرابات ومشاكل بسبب المقامرة .

٣ - يسمح هذا النموذج بتقسيم المقامرين من ذوى المقامرة الحادة إلى أقل مستويات المقامرة. *(Walker, M. 1995. P. 21)* .

تعريف المقامرة

أولاً : تعريفات توضح الجانب الكلينيكى المرضى فى المقامرة :

١- تعريف فولبيرج ومور Volberg, R & Moore, L

المقامرة، حالة كلينيكية مرضية تنمو وتتطور لتؤدى لتمزيق شخصية الفرد وتهدد كيانة ومهنتة وأسرتة . *(Volberg, R. & Moore, L. 1999, p. 62)* .

٢- تعريف سو Sue,s

المقامرة، حالة من الانشغال التام بالمراهنة، قد يمارسها الفرد لأنها غاية فى حد ذاتها، فهو يقامر من أجل المقامرة وليس من أجل شئ أخر، ويشعر الفرد بالتوتر والقلق إذا إمتنع عن المراهنة. *(Sue, s. 1997, p. 245)* .

٣- تعريف روزينثال : Rosenthaol, R

المقامرة، إضطراب ينمو ويتطور ويتميز بعدة خصائص تشمل: عدم القدرة على التوقف عن المراهنة رغم الخسارة أو المكسب، والتفكير غير العقلانى، والشعور بالذنب، والرغبة فى المخاطرة، وإذ إضطر المقامر للتوقف عن المراهنة لظروف معينة فإنه ينسحب من المجتمع .

(Rosenthal, R. 1992. P 72)

٤- تعريف فينخل fencheil, otto

المقامرة، تعبير عن الصراعات الدائرة حول الجنسية الطفلية مبعثها الخوف من المطمئنات الضرورية ضد القلق أو الشعور بالاثم . ***(أوتو فينخل، ١٩٦٩، ٧٠٣)***

ثانياً : تعريفات تربط بين المقامرة وسلوك المخاطرة

١- تعريف المؤسسة الأهلية الأكاديمية N. A. P

المقامرة هى ألعاب الحظ التى تعتمد على الصدفة والعشوائية، وبعضها يتطلب القليل من المهارة، كما أنها فعل إرادى مدروس ومبنى على سلوك المخاطرة، وتوقعات سلبية للنتيجة .

(National Acadeing Press. 1999. P. 16)

٢- تعريف ووكر : walker, M

سلوك إنسانى غير متجانس ونشاط يتضمن عملية إعادة توزيع المال Redistribution money الذى يبدو فى صورة بضائع أو خدمات، وما يميز هذا السلوك عنصر المخاطرة بالخسارة للمال على أمل الربح بمزيد من المال. *(Walker, M. 1995, P. 130)*.

٣- تعريف حفنى :

القمار، من يقمر، بمعنى الأرق فى الليلة القمرية، والايقاع بالأخرين، وهو أيضاً الميسر، من يسر الأمر وجعلة يسراً، وسواء كان قماراً أو ميسراً، فالمقامر هو هذا جميعه لأنه ينشد المال السهل ويلجأ للخداع ويتفرس فى الخصم ويسبر أغواره ويستخدم الحدس ويجد لذه فى

ذلك، ويخاطر بمبالغ كبيرة وتأخذة الحمية، ومنهم من يستطيع أن يمتنع، أما الذى يصل لدرجة مرضية، يقامر عصبياً، وهو المقامر القهرى . *(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٢، ١١٨٤، ١١٨٥)* .

٤- تعريف ربير Reber, A

المقامرة، هى المخاطرة بشئ ما له قيمتة، مع إحتمالية الفوز به، وأحد أهم وأشمل أنواعها المقامرة المرضية التى تعتبر اضطراب فى التحكم فى الدفعة impulse Control disorder والتى تتميز بعدم القدرة على التوقف عن المقامرة .

(Reber, A. 1987. P. 112)

٥- تعريف الدباغ :

المقامرة وسيلة بشرية للتحكم فى المجهول وتحدى الشكوك من خلال المخاطرة والأمل فى الربح ضمن عملية تتحكم فيها الصدفة والتلقائية أو شئ من الخبرة والقوانين الحسابية، ولا ينطبق ذلك على العمليات والصفقات التجارية من بيع وشراء لأن الربح والخسارة نتائج طبيعية لها .

(فخرى الدباغ، ١٩٨٦، ٦٠)

ثالثا : تعريفات تربط بين سلوك المقامرة والحظ والمهارة والخداع :

١- تعريف هولن وبيرنس Hulen, D & Burns, P.

المقامرة، هى أى نوع من أنواع المراهنة، سواء كان ذلك بالمال أو بأى شئ أخر يعتمد على الحظ أو المهارة، وتكون نتائجة غير مؤكدة، وتعتمد على المخاطرة، وهو فعل يؤثر على الصحة النفسية للفرد وأسرتة وأحوالة المادية والمهنية .

(Hulen, D & Burns, p. 2000, p. 4)

٢- تعريف حفنى :

القمار أو المقامرة، شكل من النشاط يعتمد .على الصدفة ويوصف بأنه نشاط أداتى موجة لهدف إقتصادى شعورى، وأنه نشاط تعبيرى الاستمتاع به غاية فى حد ذاتة.

(عبدالمنعم الحفنى،١٩٩٤، ٣٢٤) .

٣- تعريف ديڤرو . Deverux, E

المقامرة، هى الرهان بالأموال، وكل ما من شأنة أن يمثل أنشطة تعتمد على الحظ والعشوائية والنتائج غير المؤكدة للحصول على المكاسب دون إستخدام أى مهارة **(Devereux, E. 1974. p. 1120)**

٤- تعريف أكسفورد. Oxford english dictionary

المقامرة، هى ممارسة ألعاب الحظ للحصول على المال، والمخاطرة من أجل الحصول على الفوز وتحقيق الفائدة، والمقامرة ترادف الاحتيال والخداع فى اللعب، لذا يعرّف المقامر بأنه المحتال Rook والنصاب Sharper الذى إعتاد اللعب بالمال .

رابعاً : تعريفات تربط بين المقامرة والإدمان

١- تعريف مارڤين Marvin, A

المقامرة، سلوك يسبب إضطراب فى مجالات الحياة السيكولوچية والفسيولوجية والاجتماعية والمهنية، وهى أحد أنواع الإدمان، حيث تشير إلى ولع وإنشغال شديد بالمراهنة بكثير من الأموال مع عدم القدرة على الإمتناع عن المراهنة سواء فى حالة الفوز أو الخسارة.

(Marvin, A. 2000, p. 1)

٢- تعريف كلينارد وكوينى . Clinard, M & quinney, R

المقامرة، هى أحد أنواع السلوك الاجرامى المنظم كالاستعراضية والبغاء والجنسية المثلية وشرب الخمر، لكنها تتميز بالخداع Fraud والمهارة والحظ والمنافسة والانحراف والاعتماد على الفرصة، والمخاطرة، والرغبة فى النجاح .

(Clinard, M. & quinney, R. 1973. 239)

ومما سبق من تعريفات، يرى الباحث أن المقامرة هى كل خبرة معاشة يمكن أن تنطوى على مضمون ذو ربح أو خسارة من خلال أى من عوامل المخاطرة والصدفة والحظ والمهارة، لذا فهى ترتبط بطابع النشاط الهادف الذى يراد من وراءه تحقيق غاية. وقد تكون المقامرة ذاتها غاية .

والمقامرة، وخاصة المقامرة المرضية «بنية» تتميز بالطابع الكلى الدينامى من حيث أنها لا تنشأ من عوامل خارجية متراكمة، بل إن لها صلة أيضا بالعوامل النفسية الداخلية، ولا يتحدد شكل المقامرة بالإرتباط بين ما هو خارجى وداخلى، ولكن بشكل وصورة هذا الإرتباط، أى بطبيعة النسق والنظام، فإذا كانت العوامل النفسية الذاتية تدفع الفرد للمقامرة من أجل التسلية والترويح وتوفرت لذلك عوامل خارجية اجتماعية، أصبحت المقامرة اجتماعية ويمكن أن نصنفها ضمن المستوى الأول من المقامرة (Level-1). أما وأن كانت العوامل الذاتية فى تفاعلها مع النسق الخارجى ترغم الفرد وتقهرة على ممارسة المقامرة رغم المكسب أو الخسارة، أمكننا أن نصنفها ضمن المستوى الثانى (Level-2) من المقامرة، وهى المقامرة المرضية، pathological gambling

فشكل وطبيعة الإرتباطات فى النسق المكون للمقامرة هو ما يحدد نوعها والمستوى الذى ننتمى إليه، وهذا ما يجعلنا نصنف المقامرة ضمن ثلاثة مستويات تتراوح ما بين التسلية والترفية لتصل إلى المرض وضرورة العلاج .

وإذا كانت المقامرة ذات طابع كلى دينامى تتفاعل فيها عوامل ذاتية وأخرى موضوعية فإن ذلك يفرض عليها طابع التغير والابدال داخل النسق الخاص بها، سواء فيما هو ذاتى أو

موضوعى، وذلك للحفاظ على النوازن الدينامى لها، فلا يمكن أن نجد المقامرة فى حالة سكون مطلق، بل هناك تنوع موضوعى يتضح فى كثرة وتنوع ألعابها والحيل الخاصة بها، كما أن هناك تنوع ذاتى هو ما تحدثت عنه نظرية القلب Reversal theory، حيث الإنتقال من حالة الهدف Telic إلى حالة محاذاة الهدف Paratelic أو العكس، أى الإنتقال من حالة المقامرة بهدف الحصول على المال إلى حالة الرغبة فى المقامرة بحثاً عن المخاطرة والإثارة. فالاختلاف والتغير والتنوع هو ما يساعد على التوازن داخل نسق المقامرة، وما يساعد على توازن المقامرة، أن هذا الإختلاف والتنوع لا يحمل طابع العشوائية، وإنما هو تنوع منظم يسير على طريقة مرسومة وفق قواعد معينة هى قانون «الكل» .

وإذا كان بعض الباحثين ينظر لسلوك المقامرة على أنه هروب من المشكلات، فإن المقامرة نفسها تتضمن الكثير من المشكلات التى لا تقف عند حدود هذا السلوك، بل تتعداه لتصل لكافة جنبات حياة المقامر، فنجد المقامر وقد أصابتة المشاكل مع أصدقائه وأسرتة وكل من يحيط به، وكأن مرضاً أصاب الدنيا بأسرها، والطبيعى فى مثل هذه الظروف أن يتبعد المقامر عن المقامرة، لكنه يزادا إفراطاً فى هذا السلوك، مما يجعلنا نصف سلوك المقامرة بالمرضى» Pothology، لذا يرى البعض أن دراسة المقامرة تتطلب الخوض فى الكثير من الأمور المرضية البيولوجية، حتى نتمكن من تحديد المشكلة وأسبابها وطرق علاجها. *(jacki, F. et, al. 1999, p. 11)* . لكننا نوضح أن المقامرة المرضية بعيدة كل البعد عن الجانب الجسمى البيولوچى، فالظاهرة نفسية، تتداخل فيها عوامل ذاتية وأخرى موضوعية فى دائرة محكمة من الصراع. وليس معنى أننا نصف المقامرة بالمرضية» أنها ذات أصول بيولوچية جسمية، فكل شئ يمرض على طريقتة، سواء كان جسم أو سلوك أو أسرة، أو جماعة أو مجتمع. فعندما تنحرف أى من هذه البنيات، فإننا نصفها بالمرض، والواضح أن المقامرة تصيب كل هذه البنيويات بالمرض، فتجد المقامرة تصيب السلوك بالمرض فينحرف عن المعيار الذاتى والموضوعى، ويصل فى بعض الأحيان لأن يصبح سلوكاً مضاداً للمجتمع متمثلاً فى الجرائم بأنواعها وأشكالها المتعدة، والمقامرة تصيب الأسرة أيضاً بالمرض، فما من مقامر إلا وتعانى أسرتة من التصدع الأسرى وإضطراب فى العلاقة، سواء مع الزوجة أو الأبناء، كما أن

المقامرة تهدد كيان الجماعة والمجتمع، خاصة إذا كانت الجماعة ترفض سلوك المقامرة، فنجد المقامر وكأن ليس لدية أطراف إتصال بالمحيطين به، الأكثر من ذلك أن بعض الباحثين يرى أن المقامرة تؤثر على النواحى الجسمية من حيث إرتفاع مستوى الاثارة والاندفاعية من خلال توتر فى الجهاز العصبى *(Hollander, E. et, al. 1992. p. 710)* وليس معنى ذلك أن للظاهرة جانب جسمى، ولكن المقامرة تثير جوانب سيكولوجية تؤثر على بعض جوانب السلوك الجسمى كالإثارة والإندفاع واضطراب الجهاز العصبى. وإذا كان هذا حال المقامرة فكيف لا نصفها بالمرض ونحن نضعها ضمن أمراض المجتمع والشذوذ والإنحراف .

(Clinard, M & quinney, R. 973, p. 78)

وفى هذا الصدد يوضح «زيور» :

« إننا نرى الفرد وكأنه فقد صوابة، فلا هو على بيّنة مبق، ولا هو لمستقبل عياله مذكر، كل هذا لأن الموائد الخضر قدْ بهرتة، وكأنه مجذوب إليها بسحر ساحر».

(مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٢٨).

والمقامرة عندما تصل لدرجة المرض، تصبح إدماناً، لذا نجد البعض يطلقون مطلح إدمان المقامرة . gambling addiction لدى المقامرين المفرطين فى المقامرة، وإن كان البعض يرفض أن تكون المقامرة إدمان، وذلك على إعتبار أن الإدمان يكون لعقار معين، أما المقامرة المرضية ما هى إلا سلوك، وأن كان كلاهما يشبة الآخر، فانها كالسكر والملح يشبهان بعضهما البعض فى المحتوى الظاهر فقط، أما المحتوى الكامن فمختلف تماماً. *(Walker, M. 1995, p. 18)* لكن الباحث يرى أن ما يصف المقامرة بالطابع المرضى هو إدمان المراهنة. فالإدمان لا يقف فقط عند تناول عقار معين، وإنما قد يكون إدمان لسلوك، فهناك علاقة قوية بين الإدمان والمقامرة، حتى أن المقامرة تفسر فى بعض الأحيان فى ضوء النظرية العامة للإدمان، مما جعل الجمعية الأمريكية للطب النفسى تقارن بين المقامرة المرضية والاعتماد على المخدر. *(The WAGER. 1995, p. 1)*. فالمقامرة إدمان دون وجود مخدر .

ويرى كوهين» أن المقامرين مثلهم مثل المدمنين لا يمكنهم الإمتناع عن سلوك المقامرة من تلقاء أنفسهم، إذ لابد من العلاج . *(Cohen, D. 1990, p. 89)* ويشير بعض الباحثين إلى أن المقامرة المرضية ليست إدمان فقط بل إنها تساعد على إدمان سلوكيات أخرى، فالأفراط فى المقامرة يؤدى للأفراط فى تناول الكحوليات والمخدرات .

(Westphal, j. et, al. 1998, p. 1038)

وما يوضح أن المقامرة المرضية إدمان، الطابع التكرارى والقهرى التى تتميز به، مما جعل البعض يشير للمقامرة المرضية، بإصطلاح «المقامرة القهرية»-Compulsive gambling، فالمقامر المرضى لا يستطيع التحكم فى الإمتناع عن المقامرة، إذ أنها فى نظرة الحل الوحيد والسحرى لكل مشاكلة، كما أنها تساعدة وقتيا على التخلص من الضغوط النفسية، ونجعلة دائماً فى حالة أمل، وأن ثروة كبيرة ستأتية وبدون حساب، وفى ذات اللحظة تحُل جميع المشكلات، فقلة المال، وعدم الإحساس بالمكانة، والهيبة، ونقص تقدير الذات، والشعور بالملل، والفشل واليأس والهزيمة، كل ذلك يمكن أن يوجد له الحل المناسب بجلسة واحدة على مائدة خضراء !! ويصبح المقامر مرضياً أو قهرياً عند زيادة مرات الخسارة، مما يدفعة للتعويض، بجانب الإعتقاد الوهمى بقدرة المقامرة على تحقيق الأهداف بسهولة، ونظراً لأن أهداف المقامر وطموحاتة لا تنتهى، فإن المقامرة لدية أيضا لا تنتهى، فبرغم المكسب والخسارة، هناك دائماً حالة من الاتصال لا الإنفصال بين المقامر والمقامرة . ***(Ronald, j. 1998, p.1)*** .

وفى ضوء ذلك يرى «زيور» أن المقامر لا تثنية الخسارة عن معاودة اللعب، وذلك إيماناً، منه أن الحظ سيواتية دون أن يكون هناك دليل من المنطق على ذلك، وهناك حالة لنابغة يدعى «ديستوفسكى» كان يدمن لعب القمار وكان لا يفتأ يؤكد لزوجتة أن الحظ لابد أن يبتسم له يوماً فيفوز بثروة عظيمة، وقد تبين أثناء التحليل أن ما يسمية الحظ لم يكن إلا رمزاً يخفى وراءة شخصية والدة، فقد دلله والدة تدليلا عظيماً أثناء السنوات الأولى من عمرة، فكان يلبى له كل مطلب ثم حرمة فجأة، مما كان يؤثر به وفرض عليه أساليب من السلوك قيست عليه، واتسمت حياتة بعد ذلك بسمة ظهرت على غيرها من السمات، فكانت تصرفاتة كلها تتم عن ثقتة فى أنه يستحق تعويضاً، فكأنة فى إرتياد أندية القمار، وإيمانة بأنه لابد أن يكسب، كان يعرب عن

يقينة بماله من حقوق أنكرها عليه والدة، ومن ثم فإنه يتوقع أن يرد إليه ما كان يتمتع به أثناء الطفولة، فيجاب له كل مطلب، وما عليه إلا أن يهز الزهر ويلقية أو يتحسس الورق حتى يأتية ما يريد *(مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٣٩-٣٤٠)* .

إن الوهم والمعتقدات الخاطئة والأمل فى الربح بثروة عظيمة هى ما تجعل المقامر يتصف بالقهر فى سلوك المقامرة، فهو يكرر الرهان على أمل الفوز بالثروة العظيمة التى لا يضع لها حدود، مما لا يجعل للمقامرة لدية حدود، ويطلق «جيبسون» على هذه الحالة «خداع المقامر» gambler's fallacy، والغريب أن هذه الحالة تزداد بعد كثرة مرات الخسارة، وهذا الإعنقاد لا بقتصر على المقامرين، بل على كثير من الأفراد، حيث يعتقد الفرد أنه بعد تعرضة للخسارة والألم، فإنه لابد أن يأتبه المكسب بأى شكل وأى طرقة، وكأن القدر أصبح مدان للفرد.

(Gibson, B. et al. 1997, p. 127)

إن المقامرين جميعاً يشتركون فى هذا الوهم الغريب، فهم يؤمنون بالربح لأنهم راغبون فيه. وغنى عن البيان أن هذا الوهم المنافى للمنطق، مما يتصف به تفكير الطفل، فمبادرة الوالدين لاجابة مطالب الطفل عند أول إشارة يبديها، يلقى فى روحة أن لارادتة سلطاناً مطلقاً فيكفية أن يقول «كن» فيكون، مثلة فى ذلك مثل الرجل الهمجى الذى يظن أن فى تعويذتةقدرة لاحد لها، ولا يقلع الطفل عن وهمة فى قدراتة السحرية إلا عندما يصدم بالواقع، فيتعلم أن لرغباتة شئ آخر يقتضى منه بذلاً للجهد ومعالجة الأمور بالروية ويدرك فى نفسة مرارة معنى المستحيل، ولكن بعض الناس لا يطيقون هذا التحول من التفكير السحرى إلى التفكير الواقعى، ويضيقون بما يفرض عليهم من النواحى، فيظلون طوال حياتهم ساخطين على معانى العقل والمنطق والواقع ويتنبئون باستعادة ما كان لهم من سلطان الإرادة والمنطق، ومن الجلى أن موائد القمار تهيئ لهذا النفر من الناس فرصة نادرة يعلنون فيها عصيانهم على المنطق، ويقيمون فيها الدليل على سخافة العقل، فهاهى أمور قائمة لا ينظمها أى منطق، ها هو نفر بكسب، ونفر يخسر وفقاً لورق لا عقل له ولا منطق، إنه أسلوب يتحدى الواقع، يرجع بالمقامر إلى دنيا الطفولة فينفض عن نفسه قواعد التربية المنطقية ويعود ساحراً، ويكفية أن يتحسس

ورق اللعب حتى يأيتة ما يريد، إنه كالطفل المشاكس لسلطة والدية، المتشبث بالملذات. وهذا ما يجعل المقامر المرضى فهرط فى سلوكة ***(مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٤٠)*** .

وإذا كانت المقامرة المرضية تتميز بالطابع القهرى Compulsive، إلا أنها لا تشبة عصاب الوسواس القهرى Compulsive neurosis، فالقهر سلوك لا إرادى ناتج عن توتر الأنا ويحدث خارج حدودها وطاقتها، ويدرك المريض الافكار القهرية على أنها سخيفة، ومع ذلك لا يستطيع مقاومتها والتخلى عنها، ورغم سخافتها إلا أنها تؤدى لكف القلق والتوتر، ولكن دون أن تصل لحالة الإشباع واللذة، أما المقامرة المرضية Pathological gambling فهى فعل إرادى يتميز بالطابع التكرارى Repetitive وليس القهرى المرضى، ويهدف هذا الطابع التكرارى لخفض القلق والتوتر الذى تشعر به الأنا والوصول لحالة من الإشباع، وفوق ذلك يدرك المقامر المرضى أهمية أفكارة، وكيف أنها العصا السحرية لكل مشاكلة. إذن، القهر فى المقامرة يختلف عن القهر فى عصاب الوسواس القهرى، وهذا ما جعل كثير من الباحثين بنتقلون من مصطلح المقامرة القهرية Compulsive gambling إلى مصطلح المقامرة المرضية Pathological gambling.

سلوك المخاطرة لدى المقامرين

إن المقامرة ليست مجموعة من القواعد الشكلية التى تفرض نفسها على سلوك الفرد، بل هى صراعاً حيا ومخاطرة ومجازفة عبر الكثير من العوائق فى سلسلة دينامية من الخبرات المليئة بالتردد والتعثر والتحسر وعدم الثقة فى النجاح .

فحياة المقامر حياة مخاطرة، قد يتعثر فيها، لكنه لا يتوقف، وربما يتلاشى الأمل لدية، لكنه لا يموت، وأحيانا يختفى الخوف لدية، لكنه لا ينطفئ، وبين هذا وذاك نجده يحاول الهرب من المخاطرة، لكنه دوما يعود إليها، وذلك على الرغم من أنها لا تستولى على أمواله فقط، بل تأخذة هو وأمواله .

فالمقامر. وخاصة المقامر المرضى- فى سعى دائم مستمر وراء المخاطرة، فلا تجذبة المخاطرة ولا تساعدة على الانزلاق فيها، وإنما هو نفسه الذى يسعى وراء ذلك .. فالمصيدة لا تطارد الفأر. وإذا كانت المخاطرة قرار مجنون، فإن المقامر يحاول أن يضفى عليها صفة العقل، ذلك لأنه يحب اللعب والخطر، ويحب الذى يخيفة حتى يحتمى به، فهو يخاطر لأن الشئ الوحيد الذى يخاف منه هو الخوف، فإذا كان الخوف من المخاطرة يبعد الفرد عن ممارسة المقامرة، فإن المقامر يرى أن المخاطرة تباعد بين الفرد وبين الشعور بالخوف .

وإذا كان الإنسان يجتهد من أجل البحث عن الراحة، فإن المقامر لا يهدأ إلا بالبحث عن المتاعب والبحث عن المخاطر، وكأنما يحاول أن يعكس القضية فيجد مشكلة لكل حل ! فبرغم التوتر والقلق الذى يعانية أثناء اللعب والراحة التى يفقدها، إلا أنه يرى أنه كسب الشجاعة وحب المخاطرة وأصبح أجرأ على الفعل.. ولكن بجنون لا بغباء . فبالمال إخترع المقامرة، وبها إخترع المخاطرة ليضمن لنفسة البقاء، فهو يرى أنه إذا كان للقط سبع أرواح، فإن للمقامر أرواح سبع قطط .

وفيما ينصل بمفهوم سلوك المخاطرة Risk-taking، فهو مفهوم حديث نسبياً، بدأ الإهتمام به من جانب علماء النفس، تحديداً عام ١٩٥٠، لكن البداية العلمية الحقيقية كانت فى الفترة ما بين عام ١٩٧٠: ١٩٨٠ ***(Lola, L. 1993, p.1)*** .

ولكى نحدد معنى سلوك المخاطرة لابد أن ندرج فى مضمونة أنماط الخسارة ودرجة الخطر، ورد فعل المخاطر نفسه، كما يجب النظر لسلوك المخاطرة من جوانبة الإيجابية والسلبية، حيث أنه سلوك لا يشمل على الجانب السلبى فقط، بل قد يكون أحد سلوكيات حل الضغوط Coping behavior . *(Edward, R. 1993, p.9)*. كما يجب أيضاً عندما نريد تحديد هذا المفهوم أن نتناوله من جوانبة المتعددة، من حيث الجوانب المعرفية للسلوك وكذلك الانفعالية والنفسية والاجتماعية . *(Wilcox, B. 1993. p. 4)* .

وترى غالبية الدراسات الحديثة والاتجاهات المعاصرة التى تهتم بسلوك المخاطرة- ترى أنه مفهوم يشمل الوجود الكلى .Ubiquitous وذلك لأن المخاطرة توجد فى شتى جوانب المعرفة، سواء فى الاقتصاد أو القانون أو الإدارة أو العلوم البيئية، بل وفى التكنولوجيا والطب والفلسفة والاجتماع وعلم النفس. وإذا كان الفضل يرجع لعلم النفس فى ظهور هذا المفهوم، فليس معنى ذلك أن دراستة قاصرة عليه فقط، بل تتناولها كل العلوم .

(Bell, N. & Bell, R.1993, p.1)

وإستخدام الباحثون فى سلوك المخاطرة مصطلحات كثيرة للتعبير عنها، مثل السلوكيات الاندفاعية impulsive behavior، والبحث عن الإثارة sensation- seeking، وعدم الكف السلوكى behavioral disinhibition وكلها مصطلحات تشير لعدم القدرة عن كف الدفعة السلوكية، والتى تعبر عن سلوك المخاطرة، مما نجده بوضوح فى المقامرة المرضية . *(Edward, R. 1993, p. 33)*

وفى ضوء ذلك يمكن أن نعرف سلوك المخاطرة كما يلى :

١- تعريف بيل وبيل

سلوك المخاطرة هو ذلك السلوك الذى يضع الأفراد موضع الخطر ويعرض حياتهم للتهديد، وهو أحد جوانب السلوك الناتجة عن الاختلال الوظيفى والتى ترتبط بالفناء والسقّم والاعتلال Mortalities and Morbidty، ليشمل بذلك قطاعات من السلوك يتجنبها كثير من الناس، وذلك بهدف الحصول على مكافأة *(Bell, N. & Bell, R. 1993. p. 1)* .

٢- **تعريف إروين :**

هو سلوك إرادى محدد، ونتائجة الإيجابية غير محددة، أما النتائج السلبية له يمكن تحديد جانب كبير منها، وهو سلوك مرتبط بالفناء والمرضية ويشترك فيه بعض الأفراد الذين ليس لهم خبرة بعواقب الأمور والنتائج السلبية الضارة، أملاً فى الربح بشئ كبير .

(Irwin, C. 1993, p. 5)

٣- **تعريف جاردنر :**

سلوك المخاطرة إستجابة عقلانية لشئ غير مؤكد يحدث مستقبلاً .

(Gardner R, W. 1993, p. 13)

٤- **تعريف لاينج :**

هو فعل عقلانى يحقق به الفرد حاجاتة الأساسية، سواء كانت،جنس أو مال أو حاجات إجتماعية، تللك الحاجات التى يصعب تحقيقها من خلال الأساليب السوية العادية، وبجانب أنه فعل عقلانى فقد يحتوى على دفعات غير عقلانية ترتبط باضطرابات خاصة فى الشخصية، كما ترتبط أيضاً ببعض الجوانب النفسية المرضية، وما يطلبة الفرد من خلال هذا السلوك، الإثارة والتنبية والتحكم فى موضوعات البيئة .

وهو سلوك يشمل عملية التفاوض مع الخطوط الفاصلة بين الحياة والموت، شعورياً أولاشعورياً، بجنون أو بشئ من العقل، وبأى طريقة سواء كانت مرضية أو سوية، وبذلك يتطابق سلوك المخاطرة لحد كبير مع السلوك الإجرامي. ***(Lyng, S. 1993. p. 2)***

٥ - **تعريف كامبل :**

هو تعرض الفرد للخطر أو المجازفة أو الفقدان والجرح، وذلك بكمية من الإثارة المؤلمة المحتملة الناتجة عن المواقف الخطرة. وينطبق سلوك المخاطرة أيضاً على الأطفال عندما يكون لديهم بعض من الصعوبات الانفعالية أو الاضطرابات النفسية .

(Campbell, R. 1989. p. 642)

٦ - تعريف ريبر :

سلوك المخاطرة هو أحد أبعاد الشخصية الذى يرغب الفرد من خلاله الأتيان بأفعال تحتوى على درجة ذات دلالة من الخطورة *(Reber, A. 1987, p. 649)* .

٧- تعريف بيركويتز :

سلوك المخاطرة هو إختيار المواقف الضاغطة والاستجابة لها إستجابة إرادية ذات سلوك عدوانى . *(Berkowitz, L. 1983, p. 1135)*

٨ - تعريف زوكرمان :

سلوك المخاطرة هو حاجة الفرد إلى التغيير والتطلع للأشياء غير المألوفة وكذلك الخبرات والاحساسات المعقدة، والرغبة فى أداء المخاطر الجسمية والاجتماعية، لا لأى شئ سوى الشعور بهذه الخبرة. *(Zuckerman, M. 1979 p. 10)*

٩ - تعريف فيشبين وآزن :

سلوك المخاطرة هو أحد أبعاد الشخصية التى ترتبط بالحاجة للتحصيل والتغيير والسيطرة، وهو ما يحدد معتقدات الشخص ذاتة .

(Fishbein, M. & Ajzen, i. 1975, p. 5)

١٠- تعريف قامرس إكسفورد :

سلوك المخاطرة هو وضع الفرد فى حالة خطر بحيث يتيح لنفسة فرصة مواجهة أخطار معينة قد يعانى فيها من الفقدان والجرح .

(Oxford english dictionary 1975, 797)

ومن خلال هذه التعريفات يتضح لنا أن سلوك المخاطرة يُستخدم بمعنين :-

معنى بسيط: يرى أن سلوك المخاطرة هو وضع الفرد فى حالة خطرة .

معنى مركب : يرى أن سلوك المخاطرة له أهمية ودلالة فى كافة السلوكيات التى تهدد حياة الشخص وأنه يعبر عن الاختلال الوظيفى للسلوك .

لذا يرى بيل وبيل أننا إذا إستخدمنا مفهوم سلوك المخاطرة بمعناه الشامل المعقد، فسوف نضع أيدينا وعلى كثير من الاختلالات الوظيفية للسلوك .

(Bell, N. & Bell, R. 1993, p.1)

لذا نهتم الدراسة الحالية بسلوك المخاطرة بوصفة مفهوم مركب يعبر عن إختلال وظيفى فى السلوك، ولكن ليس بالضرورة أن يكون هذا الاختلال سلبياً، فقد يكون تعبيراً عن الاختلاف لا الاختلال وعن الايجابية الخلاقة لا السلبية الهدامة. وهو ما ينطبق مع ما يعرف باشتهاء المثير Adient motivation drive .

ومن خلال فهمنا لسلوك المخاطرة بهذا الشكل، نستطيع أن نفهم السلوكيات المدمرة للذات والمجتمع والتى من أهمها سلوك المقامرة والجنس والاعتماد على المخدر والجريمة وإنحراف الأحداث، تلك .التى تعتبر جميعها مقدمة لسلوك المخاطرة. لذا لا يعبر سلوك المخاطرة عن سمة أو خاصية، بقدر ما يعبر عن منهجاً جديداً وطريقة للتعرف على سلوكيات الأفراد، وإجابة متعمقة لبعض القضايا السيكولوجية التى طالما حاول علماء النفس أن يوضحوها، مثل السلوك التوافقى. فسلوك المخاطرة له جانبين: إيجابى وسلبى، وليس كما يظن بعض الباحثين أمثال درايفوس Dryfoos، أن سلوك المخاطرة يدخل ضمن أعراض السلوك المشكل Problem behavior syndrome . ***(Dryfoos, j. 1993, p.7)*** .

فدائماً ما تكون النظرة سلبية لسلوك المخاطرة، وذلك لارتباطه بسلوك المقامرة، فلم تزدهر أبحاث المخاطرة إلا عندما جعلت من المقامرة موضوعاً لها، والعكس صحيح أيضاً، فلم تزدهر أبحاث سلوك المقامرة إلا فى علاقتها بسلوك المخاطرة. وما يدل على ذلك أن مفهوم سلوك المخاطرة لم يلقى كل هذا الإهتمام إبان أن كان يأخذ من الجنس والجريمة وإنحراف الأحداث موضوعات له . ***(Lola, L. 1993. 23)***

ويرى الباحث أن هناك علاقة قوية بين سلوك المخاطرة وسلوك المقامرة، ويبدو ذلك فى إستخدام اللفظين- (يقامر، يخاطر)- فى اللغة العربية، حيث تستعمل هاتين اللفظين بمعنى واحد، وكأن المقامرة والمخاطرة وجهين لشئ واحد. حتى أن سلوك المخاطرة والمقامرة يتشابهان فى تعدد وتنوع أنماطهم . فبالنسبة لسلوك المقامرة يتنوع فيما يلى :

١- الألعاب التى تعتمد على الصدفة والحظ مثل الروليت Roulett والبينجو Bingo واللوتو Lotto والبلاكجاك Blackjack.

٢- الألعاب التى تجمع بين الصدفة والحظ والمهارة والخبرة وهى ألعاب الورق مثل البوكر Poker والبريدج Bridge وسباق الخيل Horse Racing، والماكينة الشقبية Slot ma- chine .

أما فيما يتصل بسلوك المخاطرة، فأشكالة كثيرة ومتنوعة نجدها فى عدة أنماط تشمل ما يلى :

١- البحث عن الإثارة :Sensation- seeking، وذلك مثل تسلق الجبال وسباق السيارات والتحليق فى السماء Skydiving .

٢- السلوكيات الاندفاعية: impulsive behavior: وذلك مثل النشاط الجنسى وإدمان الكحوليات والاعتماد على المخدر، وإنحراف الأحداث والقتل .

٣- عدم الكف السلوكى : behavioral disinhibition. مثل المقامرة المرضية .

وإذا كانت المقامرة والمخاطرة متشابهين من حيث الشكل أو المضمون، فأنهما يختلفان من حيث أن سلوك المخاطرة قد يحدث بشكل فردى، أما سلوك المقامرة لابد أن يحدث فى وجود آخر، لذا يرى إدوارد أن المقامرة هى الشكل الحقيقى للمخاطرة لأنها تشمل على بُعدى: الخسارة والآخر . ***(Edward, R. 1993, p. 4)***

وترى نظرية إتخاذ القرار decision making theory أن سلوك المخاطرة نوع من الاحتمالات لنتائج واضحة نسبياً، وبقدر هذا الوضوح بقدر ما يكون إغراء المخاطرة، شريطة أن يتخذ الفرد قراراً فى اتجاه معين . ***(wilcox, B. 1993, p.3)***

ويرى الباحث أن المخاطرة فى المقامرة تختلف تماماً. فالمخاطرة بإتخاذ قرار فى الحياة اليومية تختلف عن تلك التى تحدث على الموائد الخضراء، فالنتائج هنا غير واضحة تماما بجانب أن إتخاذ قرار المخاطرة يكون له متعة وإثارة ينشدها المقامر، بل إنه يمارس المقامرة أحياناً من أجلها . أما المخاطرة فى الحياة اليومية تمثل نوع من الضغوط والضيق والتوتر الخالى من المتعة والإثارة .

لذا نجد ويلسون يقول: "إذا قبلت أن تخاطر فلابد عليك أن ترى جميع الاحتمالات فى الأشياء والأحداث غير الموكدة نتائجها، أما حينما تقبل أن تكون مقامراً، فلابد أن تكون مخاطراً حتى تعطيك المخاطرة القدرة على إدراك جميع الاحتمالات للنتائج.

(Wilson, M. & Daly, M. 1993, p. 13)

وترى نظرية الاختيار العقلانى فى تفسيرها لسلوك المخاطرة، أن الفرد يتخذ لنفسة سلوكاً هادفاً لتحقيق رغباتة، سواء كانت هذه الرغبات بيولوجية أو إقتصادية أو نفسية أو إجتماعية، وفى بعض الأحيان يصعب تحقيق هذه الرغبات، حيث تقف البيئة عائقاً أمام تلبية تلك الرغبات، هذا بالإضافة إلى أن تحقيق تلك الرغبات تتطلب مزيد من المخاطرة، فكلما إرتفعت معدلات المخاطرة لدى الفرد كلما كانت الحاجة لتحقيق الرغبة قوية .

(Gardner, W. 1993, p. 5)

ويرى الباحث أن الفرد عندما يوضع بين الرغبة والمخاطرة، كمن يوضع بين شقى رحى، أو بين المطرقة والسندان، فاما أن يتنازل عن رغبتة ويعفى نفسه من قلق المخاطرة، فيشعر بالاحباط، أو أن يواجة رغبتة بما يحيط بها من صراع ومخاطرة، فتكون النتيجة، إما الظفر بالنصر أو الخسارة الفادحة لعدم تحقيق الرغبة من ناحية، والشعور بالاحباط من ناحية أخرى.

ويتضح من ذلك أن سلوك المخاطرة أحد دوافع السلوك التى تتمثل فى الحاجة إلى الإنجاز، مما يعنى أن ليس كل ما فى المخاطرة سلبياً بل إن لها جوانبها الإيجابية أيضاً .

وإذا كانت هذه هى طبيعة المخاطرة لدى الفرد العادى، فإن الوضع يختلف مع المقامر المرضى، فإذا كانت لدى الفرد العادى وسيلة لتحقيق غاية فإنها لدى المقامر المرضى وسيلة وغاية فى أن واحد، وقد تكون فى أحيان كثيرة غاية فى حد ذاتها، فنجد المقامر يخاطر من أجل المخاطرة والبحث عن الإثارة .

وإذا كان الفرد العادى يخاطر عندما يُعهد إليه ببعض المسئوليات التى تتطلب قراراً معين، ***(Susan, G. 1993, p. 5)*** فإن المقامر يخاطر من أجل المخاطرة وحيث لا يكون منوط بتحمل أى مسئوليه. لذا يرى كثير من العلماء فى إجابتهم على السؤال التقليدى: لماذا يقامر الناس؟ أنه من أجل المخاطرة والإثارة التى ترضى فضول المقامر. فقد أوضحت العديد من الدراسات أن هناك علاقة قوية بين سلوك المخاطرة والمقامرة المرضية، وأن هذه العلاقة لا تقف فقط عند حدود العوامل النفسية والاجتماعية، بل تشمل عوامل بيولوجية وعصبية أيضاً . ***(Walker, M. 1995, p. 140)***. فسلوك المخاطرة يؤدى للإثارة التى تعمل بدورها على إحداث تغيرات جسمية تتمثل فى إرتفاع فى ضغط الدم، وهذا ما يفسر لنا رعشات النشوة لدى المقامر أثناء الفوز، وقد أوضح الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع أن معظم المقامرين يمارسون المقامرة بحثاً عن الإثارة والتشويق والخطر أكثر من بحثهم عن المال، كذلك كثرة المقامرة قد ترجع إلى أن المقامر يريد قدراً معيناً من الإثارة لم يصل إليه بعد، وفى سبيل ذلك يخسر كل ما يملك ومع ذلك لا يتوقف، ورغم تكرار محاولات وأساليب المقامر فإنه لا يشعر بالملل منها، ذلك لأنه لا يقامر من أجل المال أو التعويض فحسب بل من أجل مستوى معين من الإثارة، بتحقيق عن طريق الإنخراط فى سلوكيات خطرة .

(American psychiatric Association. 1994)

وما يدعم سلوك المخاطرة لدى المقامر المرضى الخبرة الانفعالية التى يمر بها بعد المقامرة، حيث يتخلص من الشعور بالملل ويشعر بالانجاز أيا كانت النتيجة، مكسباً أو خسارة، وقد يكون المال أحد المدعمات الأساسية لسلوك المخاطرة إذا كانت العوامل الاجتماعية والطموح الشخصى والرغبة فى المال، تلعب دورا هاماً فى حياة المقامر .

ويروى زوكرمان فى نظرية البحث عن الإثارة Sensation- Seeking theory أن المقامر المرضى يستمتع بالمخاطرة أمواله، وبحالة عدم التأكد من النتائج تلك الحالة التى تبعث فى نفسة الشعور بالإثارة والتشويق، وكلما كانت المثيرات فى المقامرة أكثر تنوعاً وتعقيدا، كلما كانت أكثر متعة للمقامر المرضى، ولا يهم النتيجة، المهم الحصول على قدر معين من الإثارة. ويرى زوكرمان أن المقامر المرضى لدية نسبة عالية من المخاطرة عن المقامر العادى وكذلك عن غير المقامرين. ومن خلال ذلك يجيب زوكرمان على السؤال القائل :

هل المقامرة هى التى تؤدى إلى سلوك المخاطرة، أم أن المخاطرة هى التى تؤدى لسلوك المقامرة ؟؟ أى هل المقامرة سبب أم نتيجة؟ يوضح زوكرمان أن المخاطرة .هى التى تؤدى للمقامرة، أى أنها السبب وليست النتيجة ***(Zuckerman, M. 1979, p.12)*** .

لكن سلوك المخاطرة والمقامرة متداخلان لدرجة كبيرة، بحيث يصعب تحديد ما إذا كانت المخاطرة هى السبب أم النتيجة للمقامرة، فالمخاطرة قد تجعل الفرد مقامراً، ولكن المقامرة أيضاً قد تغير من سلوكيات الفرد، فيتحول من حالة المخاطرة إلى حالة اللامخاطرة، فقد تؤدى المخاطرة الكبيرة بالمقامر لحالة من الاكتئاب؛ مما يغير من الحالة المزاجية الإيجابية التى كان يشعر بها أثناء المخاطرة، إلى حالة الانسحاب. ويجب أن نشير إلى أن هذا التغيير يحدث لكل مستويات المقامرة بإستثناء المقامرة المرضية التى تكون المخاطرة فيها غاية فى حد ذاتها ولا يغيرها شئ . ***(National Academy Press. 1999, p.p.16-18)*** .

ويرى (ووكر) أن علاقة سلوك المخاطرة بالمقامرة، هى علاقة تشبة علاقة المنحنى الاعتدالى، بحيث نجد أن غير المقامرين ومتوسطى المقامرة تكون لديهم نسبة بسيطة من المخاطرة ، أما المفرطين فى المقامرة heavy gambler تكون لديهم نسبة عالية من المخاطرة، فعلى قدر المقامرة تكون المخاطرة ***(Walker, M. 1995, p. 93-94)***

وهنا يطرح سؤال، إذا كانت الإثارة والمخاطرة هى الدافع الاساسى للمقامرة المرضية، لماذا تكون هذه الإثارة وتلك المخاطرة، خبرة باعثة على اللذة لا الألم، مع أنها فى الاساس خبرة مؤلمة ؟ لماذا تخضع المخاطرة لمبدأ اللذة مع أنها تؤلم المقامر؟! والإجابة لدينا تتضح فى

أن المقامر مازوخى بطبعة، وما نراه مؤلما يكون باعثاً على اللذة لدية، فالألم بالنسبة له يعمل بمثابة تكفير عن الشعور بالذنب .

ويرى بعض الباحثين أن الشعور باللذة للمخاطرة أثناء المقامرة تنبع لظهور حالتين مختلفتين هما : عدم التأكيد Uncertainty والتأكيد certainty وبين هاتين العمليتين يظهر عامل التشويق والإثارة والرغبة الملحة فى الأنتقال من حالة عدم التأكيد إلى حالة التأكيد، أى الانتقال من الشك إلى اليقين، مما يجعل الإثارة نوع من اللذة وليس الألم .

ويظهر بين حالتى التأكيد وعدم التأكد نوعين من التدعيم :

١- التدعيم الإيجابى : ويظهر فى حالة الفوز

٢- التدعيم السلبى : ويظهر فى حالة الخسارة. ***(Walker, M. 1995, p. 114)***.

ويرى (إسقندسين وجرايفن) أن الرغبة فى المخاطرة والإثارة تزداد أثناء المقامرة فى الحالات الآتية :

١- عندما يشعر الفرد بالوحدة والغضب والاكتئاب، أو يكون تحت تأثير الضغوط النفسية .

٢- عندما يريد المقامر أن يتوافق مع أحداث الحياة الضاغطة، كموت حبيب أو فقدانه .

٣- عندما يريد المقامر أن يتوافق مع بعض مشاكلة بالهرب منها، خاصة إذا كانت مشاكل شخصية أو أسرية .

٤- عندما يريد تفريغ شحنة عدوانية على الآخرين .

ويرى إسقندسين أن المقامرة أحد أنواع المخاطرة، وقد لا نكون مجانبين للصواب عندما نقول أن المقامرين ترتفع لديهم سلوكيات المخاطرة، وذلك لأن المقامرة هى شكل من أشكال المخاطرة. ***(Svendsen, R. & Griffin, T. 1999, p. 12)*** .

ويرى (ستيجبور) Stegbouer أن سلوك المخاطرة يزداد إذا كانت المقامر قد وصلت لدرجة الإدمان، وأصبح المقامر من المستوى الثالث المرضى ***(Stegbauer, C. 1998,)***

p.79) كما يوضح كاسنيوف Kassinove، أن سلوك المخاطرة يزداد كلما كان المقامر ذو ، اتجاهات إيجابية نحو المقامرة . *(Kasinove, G. 1998, p.763)*، ويحدد (درايفوس) بعض الخصائص العامة للأفراد المفرطين فى سلوك المخاطرة وهى :

انخفاض فى التحصيل وضعف فى المهارات الاجتماعية العامة، ونقص فى التدعيم الوالدى، وإنخفاض المقاومة والاكتئاب والتوتر. *(Dryfoos, J. 1993, p.7)*

كما يرى كاتز أن سلوك المخاطرة يزداد لدى المقامرين الذين يتصفون بالعدوانية الشديدة وكثرة تناول الكحوليات . *(Katz, E. & Damico, E, 1997, p. 14)*

ولا يكفى لدراسة سلوك المخاطرة لدى المقامر أن نرى فقط الحالات التى يزداد فيها هذا السلوك، بل يجب أن نحدد خصائص المقامر ذو السلوك المنخفض من المخاطرة، ويساعد ذلك فى معرفة طبيعة المقامر، هل هو مقامر مرضى أم مقامر إجتماعى يقامر من أجل التسلية، ذلك لأن الأفراط فى سلوك المخاطرة من خصائص المقامر المرضى، وفى ضوء ذلك يرى سيفندسون وجرايفن أن خصائص المقامر الذى ينخفض لدية سلوك المخاطرة هى كما يلى :

١- يدرك أن جميع المقامرين يتعرضون للخسارة .

٢- يشترك فى أعمال إجتماعية ومع الأسرة والأصدقاء .

٣- يقامر لوقت محدد .

٤- يحدد مسبقاً القدر المقبول من الخسارة والذى على أثرة يتوقف عن المقامرة .

٥- قرار المقامرة لدية يعتمد على الاختيار الشخصى .

٦- لا يقامر عندما يشعر أن الآخرين لا يقبلون ذلك .

٧- المقامرة لدية ليست عامل أساسى لقضاء وقت طيب .

٨- يتجنب اقتراض الأموال من الآخرين من أجل المقامرة .

(Svendsen, R. & Griffin, T. 1993)

خلاصة وتعليق

ليس الشر فى المقامرة، وإنما فيما تدفع إليه المقامرة، حيث يرى المقامر أنه ليس من شأن الجهد الإنسانى أن يكون مضمون النجاح منذ البداية، بل لابد لهذا الجهد أن يتم بالمخاطرة، ما دام جهداً حراً يقوم على الاختيار. وهنا تفرض المقامرة شعوراً غلاباً لا يقهر، بأن المستقبل رهن بالذات وأن الواقع وحده لا يشبع فهم الارادة البشرية، لذا فهى تتطلب دائماً فكرة الغائية والجهد والألم والأمل والتفاؤل الشاذ المريض .

وكأن المخاطرة بالنسبة للمقامر، أصبحت مركز الحياة ومنبع السعادة والقيمة، وجواب على إشكال الوجود الإنسانى المضطرب . فإذا كان الإنسان العادى ينشد الأمان ويطلب الهدوء ويسعى للاستقرار، فإن الأمر يختلف لدى المقامر المرضى، حيث يكون الخلو من المخاطرة والمواقف المباغتة بمثابة العالم الميت الذى لا معنى له، فهو دائماً على حافة الخطر، يقامر بحياتة ويخاطر بها، ويواجه المجهول، ويعمل دائماً على تحقيق شئ لم يكن فى الحسبان، باحثاً عن الشك وشتى ضروب القلق، لأنه إذ يخاطر يعلن عن نفسة وعن حريتة وتحدية للأقدار .

ولحد ما، فإن الانسان لا يولد مخاطراً وإنما يصبح كذلك عندما يقامر، فحياة المقامر نهب للصدفة والاتفاق وعرضة للفشل، دون أن يكون فى وسع أحد أن يتكهن بالنتائج، فحياة المقامر وسلوكياتة حافلة بالمخاطر وما عليه إلا أن يعشق المخاطرة ويواجة الحاضر ويثق بالمستقبل فى أنه سيكون يوماً ما فى صالحة . والغريب لدى المقامر المرضى أنه يخاطر برغم أنه يصنف المقامرة تصنيفاً خاصاً. فهى من وجهة نظرة: مقامرة خطرة ضارة ومقامرة خطرة تخفى ضررها .

ولا أظن أن هناك مقامرة خطرة وأخرى غير خطرة، وإنما هناك مقامرين سريعى التأثر وآخرون لا يتمتعون بذلك، فدرجة المخاطرة تتوقف على المقامر وليس على المقامرة . لذلك يجب أن نحدد بدقة معنى المخاطرة وأن يشمل هذا التحديد درجة المخاطرة .

وفيما يتصل بتعريفات سلوك المخاطرة Risk-Taking، على الرغم من أنها تناولت أبعاداً هامة ومتنوعة، إلا أن التعريفات لم تكن جامعة مانعة، كما أن كل التعريفات تنظر للجانب السلبى فقط فى المخاطرة، دون التطرق للجانب الإيجابى. وبعض التعريفات مثل تعريف

«بيل وبيل» لم يحدد درجة الخطر فى الفعل، والذى من خلالة نصف الفعل بأنه مخاطرة ، كما ربط كامبل فى تعريفة بين سلوك المخاطرة والإثارة فقط، وأشار «ريبر» لنقطة هامة، وهى ضرورة أن نحدد درجة الخطورة فى الفعل، لكنه لم يحدد معيار هذه الدرجة . كذلك ربط «بيركويتز» بين المخاطرة والعدوانية، وأن المخاطرة تزداد بزيادة العدوانية، وأشار «زوكرمان» إلى أن سلوك المخاطرة غاية فى حد ذاتة، كما أوضح «فيشبين وآزن» وبصورة مبالغ فيها أن المخاطرة عامل محورى تتحدد من خلالة أبعاد الشخصية .

ويرى الباحث أن تعريف «لاينج» أقرب كثيراً للتعريف الإجرائى للدراسة لسلوك المخاطرة، حيث اشتمل هذا التعريف على عدة عوامل يتضمنها سلوك المخاطرة: فهو فعل عقلانى، وفى بعض الأحيان يستخدم بطريقة غير عقلانية، كما أنه شعورى ولا شعورى ويهدف لتحقيق إحتياجات معينة بعضها إجتماعية والآخرى مادية تهدف لتحقيق ربح أو التحكم فى البيئة، بجانب الحاجة للإثارة، أى أن سلوك المخاطرة قد يكون غاية فى حد ذاته وليس وسيلة لتحقيق غاية.

ولكى نصف الفعل بالمخاطرة لا بد أن نحدد وجه الخطورة من خلال ما يلى :

١ – النتيجة السلبية للفعل ذات أثر كبير، سواء كان ذلك مادياً أو معنوياً.

٢ – صعوبة تعويض الخسارة فى فترة زمنية قصيرة.

٣ – تعويض الخسارة يتطلب مزيد من المخاطرة.

ويجب أن نشير إلى أن سلوك المخاطرة بصفة عامة يشمل على جانبين :

– جانب سلبى: عندما لا يرى الفرد جميع الاحتمالات الصحيحة فى الفعل، وعندما تكون المخاطرة غاية فى حد ذاتها، وهذا ما نجده لدى المقامر المرضى.

– جانب إيجابى : والذى يتمثل فى إحاطة الفرد بكل جوانب الفعل، وشتى إحتمالاته، وعندما يكون سلوك المخاطرة مجرد وسيلة لغاية.

أما فيما يتصل بالمخاطرة فى المقامرة المرضية، فهى تشمل على الجانب السلبى لأن المقامر لا يستطيع الاحاطة بكل جوانب الفعل واللعبة، ويخاطر من أجل المخاطرة، ظناً منه أن بإمكانة التحكم فى الظروف واخضاع اللعبة لأهوائه، وهذا ما يعرف لدى المقامر المرضى بوهم القدرة على التحكم illusion of control وهو ما يطابق وهم القدرة المطلقة لدى الطفل، فمن خلال هذا الوهم يظن المقامر أن بامكانه التحكم فى الحظ والقدر وشتى ضروب المقامرة حتى الذى يعتمد فيها على الصدفة والعشوائية ولا يتضمن على أى نوع من المهارة الشخصية. وتصل درجة وهم القدرة على التحكم لاقصاها عندما يظن المقامر أنه يستطيع التحكم جسمانيا فى اللعبة، ويبدو ذلك بوضوح فى الألعاب التى تعتمد على زهر النرد، حيث يظن انه بحركة ما بأصابعه يستطيع الحصول على أى رقم! هنا يبدو لنا أن المقامر «واهم» ومشكلته ان الوهم لديه ثقيل جدا، وعقله أخف من أن يتحمل ذلك، لذا اصبح الوهم سعادة المقامر، تلك السعادة التى جعلته يظن أن لديه الحاسة السادسة.. وإن كان كذلك حقاً فقد فقد المقامر بقية الحواس الخمس!

إذن المخاطرة لدى المقامر ترتبط ببعض العوامل المعرفية، وإتجاه المقامر من المخاطرة ذاتها، فبقدر ما يكون الاتجاه إيجابياً، بقدر ما تزداد المخاطرة، رغبة من المقامر فى تحطيم كل القيود والحدود، وتحدى القدر، والرغبة فى إحتواء المستقبل، فالمستقبل بالنسبة له يمثل نقطة تحدى، وهو لا يريد التفكير فيه لانه مبعث الشقاء ومصدر لكل الهموم، لذا يظن أنه بالمقامرة يستطيع الانتصار على الأقدار.

ورغم أن المقامرين يلعنون المقامرة، إلا أنهم يتمسكون بها، وذلك لأن الرغبة فى المخاطرة جعلتهم لا يعرفون إلا شراً واحداً «المقامرة» وخيراً واحداً «المخاطرة». واذا نظرنا للرغبة فى المخاطرة لدى المقامر، نجدها تقلب موازين نظرية التوافق، فنحن نقول أن التوافق هو إزالة مثير وخفض للألم، لكن الأمر يختلف مع المقامر المرضى، فالتوافق لديه جلب للمثير واشتهاء للذة الاثارة والألم، فلا يكون التوافق النفسى بذلك هو الرضا بالواقع، بل التمرد على الواقع وإعادة صياغته فى ديالكتيك يجمع بين النقيضين، فتصبح المخاطرة بذلك مطلبا، لا مهرباً، وهذا ما يعرف بلذة الاستثارة واشتهاء المثير.

ويذكر «مخيمر» فى هذا الصدد أن الفرد يجد نفسه مدفوعاً معاً وفى نفس الوقت بالرغبة فى خفض وإزالة الاستثارة والرغبة فى توليد التوتر واشتهاء الاستثارة، وهناك أمثلة كثيرة تدل على أن الانسان يبحث دائما عن لذة التوتر والاستثارة، فالصغار يعشقون أن يقذف بهم الكبار فى الهواء لأعلى، ثم يتلقفوهم قبل هبوطهم، وايضاً ولع الناس بالروايات البوليسية التى تحبس أنفاسهم بين الحين والحين Suspense وكذلك التحمس عن طواعية لفريق من الفرق الرياضية، وما يتيحه ذلك من توترات محمومة أثناء مشاهدة المباريات، كل ذلك يبعث على الاعتقاد بأن دعوة «نيتشه» للإنسان أن يعيش فى خطر وعلى حافة بركان انما تستند إلى دافع حيوى أساسى لدى كل فرد، يتناقض مع دافع المحافظة على الحياة خفضاً للتواترات وإزالة للاستثمارات، فكل شئ يبدو وكأن الفرد لا تكاد ترتفع به إستثاره حتى يعمل على خفضها، أو لا تكاد تنخفض به إستثارة حتى يعمل على توليدها من جديد وعلى رفعها، يذكرنا ذلك بتلك الغانية التى كانت لا تطيق أن ترى الكأس فارغة ولا أن تراها ملانة، كل ذلك يحتم علينا ان نضع موضوع الاعتبار والتمحيص المبادئ التفسيرية التى قال بها «فرويد» فلو كان مبدأ الثبات حتى فى صورة المتطورة «مبدأ اللذة ومبدأ الواقع» يجيب على المحافظة على الحياة خفضا للتوتر وإزالة للاستثارة، فإن مبدأ إشتهاء المثير، مخاطرة بالحياة فى خدمة غرائز الموت، لا بد وأن يحتل المكان المقابل والذى يحتله اليوم وبدون مغفولية حقيقية مبدأ قهر التكرار .

(صلاح مخيمر، ١٩٨٧، ١).

من هنا يتضح لنا أن السلوك لا يمكن ان يقف فقط عند خفض التوترات ، وكأن مجرد شئ يعبأ بالتوترات فيعمل على خفضها ولا بد من الايجابية تحقيقاً للذات والامكانيات، فذلك صميم الانسان ما هو إنسان، ومن هنا تظهر أهمية المخاطرة بالحياة وإشتهاء الاستثارة والمواقف الجديدة «وهو ما يظهر بوضوح فى سلوك المقامر المرضى» . إن ديالكتيك الحياة يظهر هنا بكل قوته بحيث يخاطر الانسان بالحياة رغبة فى إثراء الحياة، بينما لا تبدو الديالكتيكية بكل هذا الوضوح فى خفض التوتر «مبدأ الثبات واللذه والواقع» فكل شئ يبدو وكأن الحياة إشتهاء للاثارة بأكثر منها خفض للتوتر، تماما كما يحدث فى السلوك الجنسى، سواء كان عشقياً أو إنسالياً فهو ليس غير سلسلة من تصاعد لذة التوتر أو التوتر اللاذ، بينما

يقتصر خفض التوتر على اللحظة الختامية ليس غير، والتى لا يلبث أن يظهر فى إثراها سلوك جديد يمضى متصاعداً بلذة مليئة بالتوتر حتى يبلغ لحظته الختامية التى تشكل قمته وعدمة معاً.. وهذا كله يميل بنا إلي الاعتقاد فى أساسية مبدأ إشتهاء المثير وتبعية مبدأ «خفض التوتر» مما يقلب المنظور الفرويدى الشائع رأسا على عقب، فالاساس هو إشتهاء المثير الذى يتيح للحياة أن تتحرك إلى مواقف جديدة تنطوى على مخاضات مريرة ولا شك ، ولكنها تظل ابدا الرحم الابدى لميلاد كل جديد ولكل إبتكار ممكن، ومن ثم لكل تقدم وصيرورة، فالقضية لا تقف عند خفض التوتر لحد العدم، مما يعنى الخفض المكتمل لتوتر الحياة، بينما تقوم غرائز الحياة على المعاناة والانشداد والاحتراق المضئ بالتواترات والصراعات التى تعنى بالضرورة إشتهاء المثير والمواقف الجديدة ***(صلاح مخيمر، ١٩٦٩، ٤)***.

إشتهاء المثير Adient motivation drive إذن، سلوك يزيد من تعرض الكائن لمثير أو إستثارة بعينها، وذلك إما بالاقتراب من المثير أو بفعل يبقى على الاثارة وهذا ما يطلق عليه (بتلروريس) حافز الجوع للاستثارة، والذى هو الاساس فى تحقيق الذات، ومن خلاله يتعرض الكائن أكثر وأكثر للاثارة ويشعر بلذة التوتر ***(صلاح مخيمر، ١٩٧٥، ٢٦)***.

من خلال ذلك نستطيع ان نفرق بين سلوك المخاطرة لدى المقامر المرضى وبين الانسان العادى، فالمخاطر العادى normal Risk-taker يخاطر من أجل هدف يعيد به صياغة الواقع طبقا لرغباته، فالمخاطرة لديه وسيلة لتحقيق غاية، أما المخاطر المقامر يخاطر من أجل المخاطر، فتكون المخاطرة لديه غاية فى حد ذاتها، وإن كانت فى الحالات القليلة وسيلة لغاية.

كما أن المخاطر العادى يخاطر من أجل إزالة التوتر وخفض حدة الاستثارة، وفى بعض الاحيان قد يخاطر من أجل متعة الاثارة، إلا أن المقامر المرضى يخاطر من أجل لذة الالم والتوتر وإشتهاء المثير.

المخاطر العادى يخاطر بشئ من العقل، وذلك بعد أن يحيط بكل الظروف التى تشمل فعل المخاطرة نفسه، اما المقامر المرضى يخاطر بجنون واندفاعية وأحيانا بشئ من الغباء.

المخاطر العادى يخاطر بحياته ليرتفع بواقعه وليثرى حياته، أما المقامر المرضى يخاطر طلبا للاستثارة، حيث تمثل المخاطرة الحب الأول والأخير له، فتكون النتيجة على خلاف المخاطر العادى، ليس اثراء للحياة وانما هبوط بالحياة، لذا قلنا من قبل : «أنه بالابتعاد عن المقامرة سترتفع درجة، أما وأن تستمر فيها فستهبط ألف درجة».

المخاطر العادى لا يثابر على المخاطرة إذا تعثر أكثر من مرة، لكن المخاطر المقامر يتعثر ولا يتوقف عن المخاطرة بالمقامرة، وذلك لان كثير منهم يقامرون رغبة منهم فى القضاء على ما يشعرون به من ذنب، وتكون الخسارة وسيلتهم الاساسية فى ذلك.

المخاطر العادى تجذبه المخاطرة، أما المخاطر المقامر هو الذى يسعى جاهدا وراء المخاطرة.

المخاطر العادى يمارس المخاطرة بدافع من شجاعته ورغبته فى إعادة هيكلة الظروف، أما المخاطر المقامر، فإنه يخاطر بدافع من تحدى الاقدار وخوفه الشديد من أن تتحكم فيه الظروف، فهو لا يخشى إلا من الخوف، ويظن أنه بالمخاطرة يهرب من الخوف بدلا من أن تهرب منه شجاعته، وكأن المخاطرة دفاع بالخوف ضد الخوف.

المخاطر العادى قد يفعل ذلك تحت تأثير ضغوط وتوتر وألم، أما المخاطر المقامر قد يشعر بالألم أيضاً، ولكن ألم بلذة، أو ما يعرف إشتهاء المثير، ولذة الألم، وقد يخاطر الانسان العادى إضطراريا، أما المخاطر المقامر يخاطر إراديا وعن طريق الاختيار.

المخاطر العادى يأخذ كثير من الوقت فى قرار المخاطرة، أما المخاطر المقامر مندفع فى قرار المخاطرة ولا يفكر فيه، فهو يخاطر بسرعة لسان القط وهو يلعق اللبن! لذا قلنا أن المقامر يخاطر بجنون وبغباء معاً!

سعادة المخاطر العادى فى النتائج الايجابية للفعل، اما سعادة المخاطر المقامر فى تذوقه للمخاطرة ذاتها، كما أن المخاطر العادى يدافع بالمخاطرة ضد شئ يمثل عائقا أمامه، أما المخاطر المقامر يدافع بالمخاطرة ويموت بها أيضاً فالمخاطرة بالنسبة للفرد العادى كالنار التى ربما تنير له الطريق أو تحرقه، لكنها بالنسبة للمقامر تجذبه لتحرقه فقط. والمخاطر العادى

نتائجه الايجابية لا تضر أحدا، خاصة وأنها قد تكون مخاطرة فردية، أما المخاطر المقامر فنتائجه الايجابية تضر بالآخرين، خاصة وأنها لا تقوم الا فى وجود آخر، فالمخاطرة فى المقامرة إما أن تأكل أو يأكلك غيرك.

وهكذا توضح لنا المخاطرة كيف ان المقامر وحدة فريدة، فاذا كان الانسان كائن أعزل مكشوف فهو مع ذلك يملك العقل الذى ربما كانت وظيفته الاولى كما يقول (جون ديوى) هى أن يقينا شر المخاطر إذ يسمح لنا بأن نمتحن فى أذهاننا شتى الافعال الممكنة، بدلا من أن نجربها فى الواقع نفسه، فالعقل على حد تعبير (أدلر) (وسيلة أمان) أو (أداة طمأنينة) لكن الحال يختلف لدى المقامر، إذ أصبح العقل أداة للمخاطرة والبحث المستمر عن المتاعب، فتصبح شتى الافعال مفاجآت غير منتظرة تتطلب المجازفة والمراهنة تحت شعار «من أراد الحياة فليضيعها ومن أراد ان يعيش الحياة فليعيش فى خطر!».

الغرائز الجزئية لدى المقامر
Partial Instincts (Component instincts)

تعريف الغرائز الجزئية :-

تعريف عبد المنعم الحفني

وهى الغرائز المندرجة ، أي التى تندرج فى غيرها ، والغرائز لا تسعى كل على حدة لتحقيق اللذة، مستقلة عن بعضها البعض، لكنها علي النحو السليم تنتظم وتندرج وخاصة فى البلوغ والمراهقة ، وتعمل بشكل مساند للمنطقة التناسلية، وعندئذٍ تكون وظيفتها التحضير للفعل الجنسى وإذكاء الاثارة. وفى التطور غير السوى، قد يتوقف النمو وتثبت على إحدى هذه الغرائز المندرجة ، وعندئذ لا تعود وسلية لغاية ، لكنها تصبح هي نفسها مصدراً للذة النهائية ، وهو ما نشاهدة فى الاستعراضية والنظارية والسادية والمازوخية .

(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤، ١٥٦).

تعريف روبرت كامبل:

الغرائز الجزئية هى عبارة عن مجموعة من الدوافع، التى تظهر فى المرحلة قبل الانسالية أو،قبل الرشد ، وهي أنشطة ذات صبغة ليبيدية تظهر فى الطفولة ، وتكون بمثابة دوافع ثانوية فى التنظيم الانسالي فى الرشد ومن بين هذه الغرائز الجزئية المص ، العض ، اللمس ، التبرز ، التبول ، النظر ، (النظارية) ، الاستعراضية، السادية ، المازوخية ، وتستخدم هذه الغرائز كعوامل تحضيرية مسبقة للشعور باللذة، وهى بمثابة عوامل ثانوية بالنسبة للانسالية التى تعبر عن عوامل أولية *(Campbell, R. 1989, p. 361)*.

تعريف أرثر ريبر:

ينظر للغرائز الجزئية فى التحليل النفسى الكلاسيكى على أنها مجموعة المظاهر الخاصة التى تتكون من وحدات ليبدية تعمل على ظهور الغريزة الجنسية وذلك من خلال ما تقوم به من أنشطة ليبيدية عن طريق الفم، الشرج، أو العمليات الانسالية. *(Reber, A. 1987, p. 519)*.

تعريف سامية القطان:

الغرائز الجزئية هى أى حفزة من الحفزات قبل الانسالية المختلفة التى يبتعثها التنبية أو التوتر فى مناطق نوعية وأعضاء نوعية، أو هى حفزات جزئية تترابط لتشكل نزعة غريزية موحدة، أو أنها بمثابة عناصر تكوينية واشباعات غريزية، وتبعاً لفرويد فان السادية والمازوخية والنظارية والاستعراضية كلها غرائز جزئية للغريزة الجنسية تناضل من أجل الاشباع الجنسى. ***(سامية القطان، ١٩٨١)***.

ويشير (مخيمر) إلى أن (فرويد) لا يقف عند غريزتى الحياة أو الجنسية، الموت أو العدوانية، بل يرجع الغريزة الجنسية إلى عدد من العناصر التكوينية، يطلق عليها الغرائز الجزئية، وهذه الغرائز تتحدد فى السادية والمازوخية، والنظارية والاستعراضية، وهذه الغرائز الجزئية ليست تابعة للجنسية وحدها، بل للجنسية والعدوانية معاً، فكثيرا ما يمارس الفرد السادية والمازوخية معاً فى نفس الوقت على النحو الذى يتضح فى الجماع الجنسى، وقد أشار (فرويد) إلى أن حظ الفرد من الأمرين مرتفعاً، والسادية غالباً ما تكون جنسية عدوانية وعدوانية جنسية ***(صلاح مخيمر، ١٩٨١)***.

طبيعة وديناميات الغرائز الجزئية :

يرى الباحث أن الغرائز الجزئية تحتاج منا لإعادة النظر وإستئناف الفكر وتقليب الرؤية على كل وجه. فإذا كان كثير من علماء النفس قد درجوا على تصور الغرائز الجزئية بصورة العلم المعيارى الذى يحدد طبيعة السلوك الجنسى المرضى والشاذ، فإن من واجبنا أن نشير إلى بعض التوضيحات التى تنظر للغرائز الجزئية على أنها فلسفة علمية وسيكولوجيا تفتح الطريق أمام العديد من التساؤلات الهامة :

١ - فيما يراه الباحث، ما هو الفرق أولاً بين «الجنس العقلى»، و «الجنس الجسدى» .

٢ - وهل الغرائز الجزئية تعبر عن سيطرة الجنس العقلى أم الجنس الجسدى؟

٣ - هل الغرائز الجزئية تعبر عن المرض والانحراف أم أنها أفعال وتخييلات المقصود بها شحن الطاقة النفسية؟

٤ - متى تكون الغرائز الجزئية مرضاً؟

٥ - هل تشير الغرائز الجزئية إلى أن الجنس (يُدعم) عن طريق (التنوع) وليس عن طريق (التكرار).

٦ - هل تقف الغرائز الجزئية عند الأبعاد الأربعة (سادية، مازوخية، نظارية، إستعراضية)؟

يشير الباحث إلى أن ما يسميه (الجنس العقلى) هو النظر للجنس بوصفة عملية عقلية تحكمها الثقافة والفهم والوعى والادراك والعاطفة، سواء كان ذلك بالنسبة للجنس بعامة أو للموضوع الجنسى، فالجنس العقلى ليس فقط مجرد (شهوة) وبيولوجيا، بقدر ما هو أيضاً (رغبة) و (فكرة) تعبر عن عقل يعى ويفهم ويدرك وفق قوانين إنسانية. وبذلك يكون الجنس العقلى أعم وأشمل من الجنس الجسدى، وله من القدرة والسيطرة ما يتحكم به فى الجنس الجسدى، وبأقل قدر من الطاقة النفسية. فالجنس العقلى لا تغلبه الظروف المادية البيولوجية كما يتوهم البعض، فدائما ما يكون هناك حوائط صد كثيرة تتمثل فى الفهم والوعى والادراك والعاطفة، وهو ما لا يتوافر لدى الجنس الجسدى.

أما (الجنس الجسدى) فهو مجموعة الظروف البيولوجية الجنسية التى تسير وفق قانون (الشهوة) ولزوجة الأجساد، وهو فعل ختامى تتحول من خلاله الرغبة لشهوة. والشهوة إلى إنطفاء واشباع، وبلغة (أرسطو) نستطيع أن نقول أن (الجنس العقلى) هو جنس (بالقوة) أما الجنس الجسدى فهو جنس (بالفعل).

والحقيقة أن (الجنس العقلى) إستمد قوته وسيطرته على (الجنس الجسدى) من خلال ضعفه وهشاشته ! فالجنس الجسدى رغم قوته أضعف بكثير من الجنس العقلى، ويتضح ذلك عندما ندرك ان الانسان يتكون من جسد وهو أكثف وأثقل مكوناته، هذا الجسد تحكمه غريزة، وهى بالطبع أقل كثافة من الجسد، وتلك الغريزة تحكمها عاطفة أقل ثقلاً وكثافة من الجميع. فمن الممكن ان تشتعل الشهوة الجنسية فى الانسان، ويكون لها من القوة ما يجعلها تغلى تحت الجلد، ثم تطفئها رائحة كريهة، أو كلمة جارحة، أو إيماءة، أو نظرة عابرة! وهو ما يبرهن على أن (الأضعف) يتحكم فى (الأقوى). وإذا كنا نرى فى بعض الأحوال النادرة عكس ذلك، فاننا نجده لدى المرضى.. بل وأنماط محدودة جداً من المرضى.

إذن نستطيع أن نخرج بقضية مؤداه : (أن الجنس العقلى – رغم ضعفه – أقوى بكثير من الجنس الجسدى) .

ويرى الباحث أن الغرائز الجزئية تندرج تحت الجنس العقلى، صحيح أن الغرائز الجزئية قد تكون فى منشئها أفعالاً غير متدبرة أو غير صادرة عن رؤية كافية، ولكنها بمجرد أن تتحقق، فإنها لا تلبث أن تخضع لقانون آخر، ألا وهو قانون الواقع والنشاط الفعال، الذى يجئ فيضفى عليها حياة خاصة، وقد يتوهم البعض أن الغرائز الجزئية ترينا كيف أن الانسان لا يخرج عن كونه مجرد كائن طبيعى يملك بعض الدوافع، ويصدر سلوكه عن بعض البواعث، ويهدف من وراء نشاطه إلى إشباع بعض الحاجات، لكن الحقيقة أن هذه الدوافع وتلك الحاجات والبواعث تحولت من عمليات (بيولوجية) إلى عمليات (عقلية) فى صورة مدركات حسية، تختلف إختلافاً كبيراً عن الاحساسات البيولوجية فهى تنطوى على معان ودلالات لا تشير إلى الجنس فى معناه البيولوجى، وإنما هى جنس وفق المبدأ العقلى الروحى، أو ما يطلق عليه الباحث (الجنس العقلى) والذى من خلاله تحولت (الشهوة) إلى (رغبة) وأصبح فى وسع الانسان أن يدرك تلك الغايات الجزئية التى تكفل له إشباع الحاجات، كما أصبح فى مقدورة أن يوجه نشاطه توجيهاً شعورياً واعياً نحو أمثال تلك الغايات أو الأهداف، وهكذا إستحالت (شهوة الجنس) إلى رغبة فى متناول الطرف الآخر بأى طريقة تحلو له، إما سادياً، أو مازوخياً، أو نظارياً أو إستعراضياً، وأصبح فى وسع الانسان أن يعرف مقدماً أن من شأن (الآخر) أن يحقق له الاشباع المطلوب.

ويشير الباحث إلى أن الغرائز الجزئية، وان كان الأصل فيها يرجع إلى المفاهيم الجنسية، إلا أنها تشمل على معانى أخرى كثيرة غير جنسية، بحيث يمكننا أن نقول أن العدوان والتخريب، وإهانة الآخرين، والتسلط، والتحكم والعنف، كلها تشير إلى مفهوم (السادية). وكذلك مفاهيم : إهانة الذات وإيلام الذات والانتحار والشعور المفرط بالذنب، وكلها مفاهيم تشير للمازوخية. كذلك فإن مفاهيم التجسس، والفضيحة، وكشف المستور هى ما يندرج تحت النظارية، وبالمثل نجد مفاهيم مثل حب الظهور، والاعتداد بالنفس، والمبالغة فى تقدير الذات وسلوك المخاطرة والتباهى، هى ما يتطابق مع مفهوم الاستعراضية.

ويرى الباحث أن الغرائز الجزئية فى ضوء المفهوم الجنسى لا تعبر عن مرض بقدر ما تعبر عما يسميه الباحث (الاحتجاج الجنسى) وهو الرغبة فى القضاء على روتين الممارسة الجنسية بأفعال جنسية متنوعة تشمل على أبعاد : السادية، المازوخية، النظارية، الاستعراضية، وكلها تعبر عن خواء الحياة الباطنية والخارجية الجنسية مما يدفع الفرد لاستخدام البديل، فالجنس عملية عقلية أكثر منها بيولوجية لا يؤدى (التكرار) فيها إلى (التدعيم) بقدر ما يؤدى إلى (الإنطفاء) مما يلزم معه الثورة على القديم المتمثل فى (الشهوة) واحياء الجديد المتمثل فى (الرغبة). ولكن لماذا الرغبة وليس الشهوة؟ ذلك لأن الرغبة دائما متجددة ومن شأنها أن تحيل لرغبة أخرى فتقضى على الروتين والملل من خلال ما تحظى به من تنوع وتغير وتجديد دائم مستمر، فيحيا الجنس من جديد. أما الشهوة موضوعها واحد وثابت.

أى أن الغرائز الجزئية هى أفعال أكثر جدة وحداثة لا تعبر عن مرض بقدر ما تعبر عن الاحتجاج الجنسى عن طريق الجنس العقلى الذى يتكون من خلال الثقافة والمجتمع والديناميات الشخصية للفرد. وهذا الجنس العقلى رغم ثباته النسبى وعالمية خصائصه من خلال ما يعرف (بالانتشار الثقافى) إلا أن بعض من خصائصه ترجع لشخصية الفرد ذاته.

ويرى الباحث أن الغرائز الجزئية رغم أنها لا تعبر عن (مرض) إلا أنها فى حالات نادرة تشير إلى (إنحراف) وذلك عندما تحل هذه الغرائز الجزئية محل الغريزة الأساسية، فيكون حال الفرد كمن وضع العربة أمام الحصان، فعندما يحل النظر أو الرؤية (إستعراضية - نظارية) محل الاشباع الجنسى الكامل تصبح هذه الغرائز تعبير عن (الانحراف) وليس تعبيرا عن (المرض)، ذلك لأن هناك فرق بين (المرض) و (الانحراف)، إذ يشير الانحراف إلى الطريق للمرض وليس المرض ذاته.

ونادراً ما تكون الغرائز الجزئية تعبيراً عن الانحراف، فهى غالباً ما تعبر عن شحن الطاقة النفسية، فهى غرائز سوية تسبق الفعل الأصلى سواء كان تحقيق الرغبة أو الاشباع. وفى هذه الحالة نستطيع أن نقول أن الجنس العقلى يسيطر ويتحكم فى الجنس الجسدى، أما وان كان الانحراف، فإن الجنس الجسدى يكون هو المسيطر على الجنس العقلى، وهنا يتضح أن فعل الغرائز الجزئية قد تجاوز الفرد نفسه، لكى لا يلبث أن يصدر عليه حكمة ويتحكم فيه

دون أدنى هواده أو رحمة، حتى أن الفرد نفسه لم يعد قد لا يفطن لنتائج ما يمارسه من غرائز جزئية، وهو ما يعرفه الباحث «بالاغتراب الجنسى».

فقد يفرط البعض فى إستخدام الغرائز الجزئية دون أن تحل هذه الغرائز محل الهدف الاصلى للغريزة الأساسية، وذلك لإن الجنس يرتبط دائماً فى ذهن الانسان بالخروج عن اللياقة والآداب والأخلاق، وأنه كلما كان الجنس سافراً، قبيحاً، كلما كان مشبعاً، وكأن القضية تندرج فى عبارة واتحدة: «إن أجمل الجنس أقبحه» فمن الممكن للفظ قبيح أو عبارة خارجة عن الآداب أن تثير لدى الفرد تاريخاً كاملاً من الافكار الجنسية الموجودة فى (القبشعور). وهذا هو السر فى أن البعض – وليس الكل – من الأفراد يرغبون فى سماع عبارات نابية أثناء اللقاء الجنسى. تلك العبارات التى وان عبرت فانما تعبر عن سادية فى الاتجاه الذكرى ومازوخية فى الاتجاه الأنثوى. ولكن لماذا السادية فى الاتجاه الذكرى والمازوخية فى الاتجاه الأنثوى؟ والاجابة فى رأينا تتضح فى أن الفكرة الذهنية وكذلك الاجتماعية عن الذكورة، أنها سيطرة وقوة وإخضاع وتسلط، ولا بد لكى تتحقق الذكورة أن تتمثل هذه الادوار وفى شكل (سادى) فكلما كانت السادية حاضرة، كلما دل ذلك على أن الذكورة ايضاً حاضرة. وكذلك توضح الفكرة الذهنية والوجهة الاجتماعية ان الأنوثة، خضوع وضعف وقهر، وبقدر تحقق هذه الادوار بقدر ما تكون المازوخية، وكلما كانت المازوخية أكثر وضوحاً كانت السادية أشد بروزاً، ذلك لأنه على قدر ظهور الاثنين على قدر ما يكون الإغراء. وفى هذا الصدد يمكن لنا أن نسمى المازوخية (أنوثة) والسادية (ذكورة) أو ما يطلق عليه (الاحتجاج الذكرى) .

ويوضح الباحث أن الغرائز الجزئية لا تقف عند أبعاد : السادية، المازوخية، النظارية، الاستعراضية على نحو ما يتصور التحليل النفسى، كما أن إصطلاح (أبعاد) ليس بالاصطلاح الجيد الذى يلائم مرونة وتفتح الجنس ونشاطه العقلى والبيولوجى الحر. ولكننا نقول (أبعاد) كى نقرب إلى أذهاننا طبيعة تلك الغرائز. فالغرائز الجزئية تشمل أيضاً على أبعاد اللمس، السمع، الشم، وكلها أبعاد تندرج تحت السادية والمازوخية.

لقد أدخل فرويد مصطلح الغرائز بصدد الحديث عن الغريزة الجنسية لدى العصابين، ويعنى بها النظارية والاستعراضية من ناحية، والسادية والمازوخية من ناحية أخرى ***(حسين عبدالقادر وآخرون، ١٩٩٣، ٣٣٧)***. وقبل أن نتحدث عن المتعدد فى الغرائز الجزئية (السادية،

المازوخية، الاستعراضية، النظارية) والتى يضيف إليها البعض - إستناداً إلى فرويد نفسه - حفزات فمية من قبيل الحس، والعض، وحفزات شرجية، تتصل كلتاهما بمناطق شبقية، فإن الوقائع تلزم أول ما تلزم - بأن نوضح دلالة هذا المفهوم، وقبلها أن نوضح مقصد فرويد من مصطلح غريزة instinct بعامة ***(حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ٤)***. ثم نوضح بعد ذلك المفهوم الخاص بنا عن طبيعة الغرائز الجزئية، وكيف أنها لا تتصل فقط بعوامل جنسية، بل بعوامل عقلية أيضاً، وتبعاً لما أوضحناه سابقاً.

يوضح فرويد أن الغريزة يستحيل أن تكون غائية بحال، بل هى علّية دينامية تتمثل فى خبرة نفسية تنزع بالانسان لهدف بعينة تبعاً للمعنى النفسى للدفعة، إذ هى الممثل النفسى للمنبهات التى تصدر عن الكائن الحى العضوى بقدر ما هى مقياس لتلك المطالب التى تفرضها الصلة بين النفسى والجسمى على الطاقة النفسية ***(حسين عبدالقادر وآخرون، ١٩٩٣، ٣٣٥)*** . وهو ما يعنى أن الموقف بكله موضوع خبرة نفسية لا غائية فيها، فالدافع الغرزى مصدر الطاقة وموضع للإشباع، وهدف يتحقق الاشباع عبره، إنه إيضاح لازم يزيل بعض اللبس الذى تسببت فيه ترجمة المصطلح فى اللغات الأجنبية ويدحضه الفهم الفرويدى الغريزة إلا أن هنا لبساً آخر نظن أن فرويد نفسه وقع فيه، عندما إختلطت لديه الدفعات الغرزية الجزئية بإعتباره طاقة (السادية - المازوخية - الاستعراضية - النظارية) بالمناطق الشبقية التى يمر بها الطفل فى مراحلة الاولى من قبيل الحفزات الفمية والشرجية ***(حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ٥)***. وفى هذا الصدد يذكر (مخيمر): «أنه ليس من المعقول أن نتحدث عن الغرائز الجزئية بحسبانها طاقات دافعة، ونتحدث حينا آخر عنها بحسبانها مسارح عمل، أى مناطق شبقية ومن ثم ليس لها أن تدخل ضمن الغرائز الجزئية بمعنى الكلمة ***(صلاح مخيمر، ١٩٨١، ٥ - ٦)***.

ولقد جاء هذا التناقض ما بين المناطق والطاقات من خلال النقلة الكيفية للدفعتين الغرزيين باعتبارهما غرائز المحافظة على النوع (غرائز جنسية) وغرائز المحافظة على الذات (غرائز الأنا) فى ظل النظرية الأولى للغرائز، والتى كتبت «ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية» فى ظلها عام (١٩٠٥) بينما جاءت النظرية الثانية عام (١٩٢٠) فى كتابه («ما وراء مبدأ اللذة) لتستقر النظرية على عرشها كغرائز حياة فى مقابل غزائر موت، لتندلع ديالكتيكية جديدة بين الجنس والعدوان وهنا لا تقتصر الدفعات الغرزية الجزئية والحال هذه بإعتبارها منتمية إلى

الغرائـز الجنسـية فى عمومـها، بل هـى نـتاج دفعتـين غرزيتين الجنسية والعدوانية.
(حسين سعد الدين. ١٩٩٧، ٨ – ٩).

وهكذا تكون الغرائز الجزئية فى الحقيقة هـى العناصر الأولية الأولى التى تمثل إمتزاج الجنسية والعدوانية معاً، فالسادية غالباً ما تكون جنسية عدوانية وعدوانية جنسية تتجه بصاحبها ضد الموضوع الخارجى والية ، فاذا ما إنقلبت ضد ذات الفرد واليه كان الحديث عن المازوخية ، واذا كانت العين والنظرات ترمز علي المستوي اللاشعوري إلى العضو الجنسى قضيبا كان أو مهبلاً ، فان النظارية والاستعراضية فى الواقع غير سادية ومازوخية على مستوى العين والنظرات . كل ذلك يبدو منطقياً ويساير المعقولية بأكثر ما تنطوى عليه أراء فرويد ، ومع ذلك فقد يعدو الأمر أكـثر اتساقا وأعظم معقولية لو أننا إعتبرنا غرائز الموت بمثابة الطاقـة الأساسـية للحـياه، وبحيث تكون الجنسية شأنها شأن الايجابية وشأن التدميرية ، مجرد جنـبات تعبيريـة عن الغـريزة الأساسـية ونعـنى غـريزة المـوت أو العدوانية. *(صلاح مخيمر، ١٩٨١، ٥).*

إن «مخيمر» هنا وهو يحاول أن يقوم باقتصاد يدفع إليه العلم، قد يخل مع المبالغة فيه بوقائع مادية لدلالة الموضوع نفسه، عندما رد جميع الغرائز الجزئية ليعتبرها مجرد إشارات متباينة للعدوانية تتجه إلى الذات أو ضدها، وإلى الموضوعات أو ضدها *(حسين سعد الدين، ١٩٧٧، ٩)* ونظنه هنا يغفل تلك الثنائية المتصارعة بين الجنسية والعدوانية واللتين تتداخلان منذ البدء متصارعتين فى الحياة النفسية حتى يتم إلتئامهما تحت سيطرة الحب فى السوية، أو أن يظلان متصارعتين متفككين فتكون الغلبة للعدوانية، وفى ضوء ما نراه من أهمية لرد الكثرة للوحدة، وفى ضوء الطبيعة الدينامية لكل دفعة من الدفعات الأدبية نستطيع أن نربط ما بين السادية والنظارية، حيث الأخيرة تقوم على التطلع بالنظر لما لدى الآخر فى لذة مشبوقة، فتحقق من خلالها اللذة، أننذ نـحن بإزاء جانب سادى، بينما الاستعراضية والتى تتحقق فيها اللـذة من إستعـراض أعضـاء تناسلية فى ظروف غير ملائمة، إنما هى فى صميمها مازوخيـه، وهكذا يمـكن رد التعـدد إلى إثنـين. فالنـظارية سـادية والاستعراضية مازوخية. *(حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ٨ – ١٠)*. وإن كان بعض الباحثين يرون أن الغرائز الجزئية هى مما لا يمكن أن يرد إلى السادية والمازوخية بينما يرى البعض غير ذلك. ترىٰ ماذا تكون عليه الغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة لدى المقامر؟.

الغرائز الجزئية لدى المقامر

يرى الباحث أن الغرائز الجزئية وإن كانت مفهوماً يتصل بالجنس، إلا أنها من حيث علاقتها بالمقامرة تأخذ معانى كثيرة، قد يمثل الجنس فيها الجانب البسيط جداً، فالغرائز الجزئية من منظور المقامرة تعنى العدوان والتحكم والتسلط والعنف والحط من قيمة الآخرين والتلذذ بإيلامهم، وهو ما نعنى به (السادية) إلا أن هذه السادية بدلاً من أن تتخارج، تتداخل فى ذات المقامر، فتتحول إلى مازوخية، وبقدر ما تكون السادية مفرطة، بقدر ما ترتد هذه السادية مفرطة أيضاً فى صورة مازوخية، تأخذ أشكالاً كثيرة مثل التلذذ بإيلام الذات والحط من قيمتها، والإحساس بالنقص والدونية والرغبة فى توبيخ الذات والتخفيف من ألم الشعور بالذنب الذى يصل فى بعض الحالات بالإنتحار. فالبداية غالباً ما تكون لدى المقامر (سادية) والنهاية (مازوخية). وهو ما تلخصه عبارة جوتة : «إذا ضربت فنفسك تضرب».. وكأن المقامر يصير وفق المعادلة الآتية:

(أنا أعلى سادى ———> فأصبح الأنا مازوخى)

ولا يقف الأمر لدى المقامر عند السادية والمازوخية، بل يتعدى ذلك ليصل إلى النظارية والاستعراضية، واللذان يأخذان أشكالاً ومعانى كثيرة لا تقف أيضاً عند حدود الجنس. فنجد النظارية تتصل بمفاهيم التجسس، وهتك المستور، بل وتشمل أيضاً الفضيحة. كما يأخذ مفهوم الإستعراضية حب الظهور وسلوك المخاطرة والرغبة فى إنتزاع الاعتراف من الآخرين بقيمة الذات. ويتفق الباحث من أن الغرائز الجزئية فى علاقتها بسلوك المقامرة يمكن أن نردها إلى السادية والمازوخية. كما يمكن أن نصف هذه السادية وتلك المازوخية بأنهما حالة مرضية، وذلك لأن السادية والمازوخية لدى المقامر أصبحا هدفاً وغاية وليس وسيلة لغاية، فقد يتوهم البعض أن الهدف هو الحصول على المال لكن الحقيقة أن الهدف هو حركة الذهاب والإياب ما بين السادية والمازوخية. فأصبحت السادية والمازوخية الوسيلة والغاية معاً، وقضى على الاشباع الحقيقى والسوى (الفوز) بالموت. وما أصدق (ديستوفسكى) صاحب الرائعة الأدبية (المقامر) عام ١٨٨٦، وهو من المقامرين المرضين – ما أصدقه إذ يقول:

«النقطة الأساسية هى اللعبة بحد ذاتها، وأقسم بأننى لست طامعاً فى مال على الرغم من حاجتى إليه».

ويوضح الباحث أن الغرائز الجزئية لدى المقامر تعبر عن حالة من تفكك الذات وانقسام الشخصية فما تلبث أن تظهر السادية إلا وتتبعها المازوخية، ولكل منهما رفاقه المخلصين من عدوانية وعنف على الذات والآخرين المصبوغة بطابع الهدم والتدمير والتمزيق، وعلى المقامر أن يوفق بين مطالبه الغريزية، إذ لا بد من الاختيار ما بين سادية أو مازوخية، أو الاختيار ما بين وجود بدون مقامرة، وهو الشتاء القارس الفظيع، أو مقامرة بدون وجود، وذلك هو الموت فى مطلع الربيع، إلا أن المقامر إختار ألا يختار! فأصبح فى حركة دائمة مستمرة ما بين الذهاب والإياب، دون أن يقف يوماً على حالة واحدة، وكأن حياته قد إستحالت بالضرورة إلى حالة أليمة من التشتت والتمزق النفسى. فأصبح المقامر حليف الشذوذ والسرف والانحراف والمرض، وأقل ما يمكن أن نقول عنه، أنه مريض.

ويرى الباحث أن الغرائز الجزئية فى علاقتها بسلوك المقامرة ترينا كيف أن المقامر مخلوق وضيع لا يملك أى طهارة، ولا يتمتع بأى فضيلة ، ولا تنطوى نفسه على أية براءة، فهو ساقط وبهيمى تعميه شهوته الشاذة الغريبة، فالشرف والنزاهة وعفة اليد وسائر الفضائل مما لا يركب فى طبع المقامر. فالمقامر لا ينشد إلا اللذة الفورية، لذا فهو دائم السعى وراء (اللحظة) والتمسك (بالآن)، لكن اللحظة ماضية والآن هارب، ولن يبقى له سوى الندم والحسرة ، وهو كلما أشبع ذاته بالمقامرة لا يجنى إلا الجوع، فهو يراهن كل يوم بلا ضمان ولا رصيد ومحكوم عليه بالخسارة والموت على أعتاب الموائد الخضر، دون أن يعرف متى وكيف وأين، إلى أن يداهمه الموت حيا رغم أنفه، فيفقد كل حواسه، فلا يفرح لكسب ولا ييأس على خسران.

ولكى نقف على طبيعة الغرائز الجزئية لدى المقامر نعرض لجوانبها الأربعة (سادية - مازوخية - نظارية - استعراضية) من حيث تعريف كل بعد وطبيعة ديناميات، ثم ننتقل إلى ديناميات كل بعد بالنسبة للمقامر ذاته.

تعريفات السادية :

كثيرا ما تتحدد دقة النتائج فى الأبحاث العلمية، على قدر دقة مصطلحات البحث وإعتمادها على المصطلحات الاجرائية، التى تعتمد على المتغيرات العملية ذات الصلة بما يراد تعريفه وتوضيحه *(Reber, A. 1987, P 181)*. وفيما يتصل بالسادية يحاول الباحث أن يتناولها من جانبها المركب، الذى ينظر للسادية ليس بوصفها جنس فقط، وإنما جنس وعدوان ورغبة فى التملك. ومن حيث النظرة التاريخية للمصطلح، نجد أن أول من إستخدمه (كرافت إينبج) وقد إشتقه من (الماركيز دى ساد) الذى حكم عليه بالاعدام بسبب أفعاله الجنسية الشاذة، وإستبدل الحكم بالسجن بواسطة الملك. وقد كان (ساد) يدعو للتمرد على نظام الكون الذى يبيح الشر، ويتخذ هذا التمرد صورة النشاط الجنسى المدمر *(سامى محمود على، ١٩٦٣، ١٨٢)* لذا كانت حياة (ساد) حياة مليئة بالسلوك السادى الذى جعل منه عنواناً لكل إنحراف. وفيما يلى نعرض لبعض التعريفات التى تناولت مفهوم السادية.

تعريف عبدالمنعم الحفنى

السادية : جنون القسوة الجنسى أو التلذذ بالقسوة، وهى إنحراف جنسى، ويرى (فرويد) أن المازوخية عكسها، وأنها الميل الأصلى فى الانسان والدليل على وجود غريزة الموت فيه، وكان فرويد يرى أن السادية يمكن أن تنقلب إلى المازوخية للمصاب بها. *(عبدالمنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٧٥٣)*. ويمكن النظر للسادية بوصفها تهييجاً أو إشباعاً جنسياً عن طريق إيلام الفرد السادى لشريكته فى الفعل الجنسى بالتعدى عليها بالضرب أو السب، أو ماشابه ذلك، فقد تتخذ شكلاً جسدياً فتكون إعتداءات بالغة الأذى ببدن شريكته لدرجة تصل إلى حد القتل، بقدر ما تكون هذه الممارسات السادية مقدمة للجماع أو قد ينتهى بها الجماع، وقد يكتفى بها السادى دون الجماع بوصفها أفعالاً جنسية مشبعة فى حد ذاتها.

(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٢، ٥٢٥ - ٥٢٦).

تعريف (فرج طه).

هى إشتقاق اللذة عن طريق القيام بتعذيب الآخرين، سواء بتوجيه عدوان مادى إليهم، كالضرب أو الايذاء البدنى، أو توجيه عدوان معنوى، كالتقليل من شأن الآخرين وعدم مراعاة

مشاعره أو كرامته، أو ضرب مصالحة أياً كانت، وغالباً ما تمتزج السادية أيضاً بالنشاط الجنسى للشخص ذى الطابع السادى، فلا يشتق لذته الجنسية إلا عند تعذيب محبوبة وإيقاع الأذى والضرر المادى والمعنوى له سواء قبل الفعل الجنسى أو أثناءه. وفى كثير من الحالات تكون السادية نوع من الشذوذ الجنسى أو الانحراف الجنسى، سواء لدى الذكر أم لدى الأنثى، وعندما لايجد الفرد لذته الجنسية إلا إذا كانت مصحوبة بالأذى والذى يوقعة على الطرف الذى يمارس معه الجنس ***(فرج عبد القادر طه وآخرون، ١٩٩٣، ٣٧٩)*** .

تعريف (كمال دسوقى) :

إنحراف جنسى يتميز بالحصول على الإشباع والإرضاء الجنسى بإيقاع الألم بالغير، بقدر ما تمثل ميل متسلط لصب العدوان والتحطيم وروح الانتقام، والاستغلال والاذلال والاحباط على شخص آخر ***(كمال دسوقى، ١٩٩٠، ١٢٩٧)*** .

تعريف (روبرت كامبل) :

نوع من الانحراف الجنسى يتميز بالحصول على اللذة الجنسية من إيلام الناس وتعذيبهم فهى حالة يكون فيها الدافع الجنسى ظاهراً من قبيل الضرب وسوء المعاملة والإذلال واهانة الموضوع المحبوب. ***(Campbell, R. 1989, 646)*** .

تعريف (بوتزن واكوكسيلا) :

السادية، نوع من الاشباع الجنسى عن طريق إنزال الألم بالآخرين ***(Bootzin, R.& Acocella, J. 1988. p 333)*** .

تعريف (عطوف ياسين) :

إنحراف جنسى يتميز بالحصول على اللذة أو النشوة من خلال ممارسة أحد الطرفين للقسوة والإيلام على الطرف الآخر، والذى قد يتخذ شكلاً نفسياً كالسب والإذلال، ويتلقاه الطرف الآخر إما بسعادة وسرور أو بعذاب ***(عطوف محمود ياسين، ٨٨٨، ٣٤٨)*** .

تعريف (فاخر عاقل) :

إنحراف جنسى يرتبط فيه الرضا الجنسى بإيقاع الألم على الشخص الآخر .
(فاخر عاقل،١٩٨٨، ٣٩٩) .

تعريف (أسعد رزق) :

ضرب من الانحراف الجنسى يتميز بالحصول على اللذة الجنسية والاستمتاع الشهوانى من جراء إساءة معاملة الأفراد الآخرين من الجنسين. وتستخدم هذه اللفظة أحياناً بشكل عام للدلالة على حب القسوة، والفظاظة والتلذذ بتعذيب الطرف التالى. ***(أسعد رزق، ١٩٨٧ ، ١٣٦)*** .

تعريف (جان لابلانش وبونتاليس) :

شذوذ جنسى يرتبط فيه الاشباع بالتعذيب أو الإذلال الذى يصب على الآخر. ويوسع التحليل النفسى فكرة السادية إلى ما وراء حدود الشذوذ الذى وصفة علماء الجنس، وذلك من خلال الاعتراف بالعديد من مظاهرة الأكثر خفاء، وخصوصاً الطفلية منها، ومن خلال إعتباره واحداً من المكونات الأساسية للحياة النزوية ***(جان لابلانش، وبونتاليس، ١٩٨٧ ، ٢٨٠)*** .

تعريف (حامد زهران) :

السادية : هى لذة القسوة والإرضاء الشبقى عن طريق تعذيب الغير (التهيج الجنسى أو الإشباع الجنسى عن طريق تعذيب الغير) وذلك عكس المازوخية ***(حامد زهران، ١٩٨٧ ، ٤٤٤)*** .

تعريف (عادل الأشول) :

إنحراف جنسى يتلذذ فيه المرء بانزال العذاب بأشخاص من نفس الجنس أو من الجنس الآخر ***(عادل عز الدين الأشول، ١٩٨٧، ٨٣٧)*** .

تعريف (أرثر ريبر) :

الحصول على اللذة الجنسية من خلال إيقاع الألم بالآخرين، والذى لا يقتصر فقط على الألم الجسمى، بل يشتمل على الألم النفسى من قبيل التقليل من شأن

الآخرين وإحتقارهم وإستغلالهم، وقد يصاحب ذلك أن يشعر السادى بالإشباع الجنسى *(Reber, A. 1987. p 657)*

تعريف (محمودالودرنى) :

السادية هى الحصول على الإثارة الجنسية بتصور او ممارسة تعذيب جسدى أو نفسى على شخص آخر خلال العمل الجنسى أو بدونه ***(محمود هاشم الودرنى، ١٩٨٦، ٩٢)*** .

تعريف (أحمد بدوى) :

السادية هى الحصول على إثارة الغريزة الجنسية، أو على إشباعها، أو عليهما بانزال الأذى البدنى أو النفسى بشخص آخر، ويمكن أن تستقل عن الباعث الأصلى وتصبح شكلاً من أشكال الانحراف، فتسيطر على الحياة الجنسية بأكملها ***(أحمد زكى بدوى، ١٩٨٢، ٣٦١)*** .

تعريف (سامى على) :

إنحراف ينحصر عامة فى إستمداد اللذة الجنسية، مما يلحق الغير من ألم بدنى ونفسى، والشخص الذى يقع عليه هذا الألم قد يكون من نفس الجنس الذى ينتمى إليه السادى، أو قد يكون طفلاً أو حيواناً. وقد يكون الألم الذى ينزل بالضحية ألماً مادياً من قبيل الضرب، الوخز، العض، التشوية، الذى قد يصل إلى حد القتل، بقدر ما يكون نفسياً من قبيل التجريح والإذلال، وقد لا يعدو أن يكون الألم فى بعض الأحيان مجرد إفتعال، وقد يكتفى السادى بمشاهدة الألم،ولكنه عادة ما يتسبب فيه ذاته. ***(سامى محمود على، ١٩٦٣، ١٨٣)***.

تعريف ولفك، وبينيت :

هى رغبات الفرد فى إحداث الألم والجراح، والعقاب على الآخرين، سواء أكان ذلك بطريقة شعورية أم لا شعورية، بينما تشير السادية من الناحية الجنسية إلى تحقيق الاشباع الجنسى المصاحب لتوقيع العقاب والألم على الشريك.

(Wulfeck, z & Bennett, E. 1954, p 96)

خلاصة وتعقيب:

ومن خلال ما تم عرضه من تعريفات السادية، نستطيع أن نقول : أنه على الرغم من كثرة تعريفات السادية من الناحية الشكلية، إلا أنها كمضمون ومحتوى قد لا تتعدى بعدين إثنين:

١ - البعد التدميرى العدوانى للآخرين معنوياً أو مادياً.

٢ - البعد الشبقى، وذلك بالنظر للسادية كونها إنحراف أو مرض .

(فرج طه وآخرون١٩٩٣) (Compbell, R. 1989) (سامى على١٩٦٣).

ويرى الباحث أن السادية لا تقف فقط عند حدى التدمير والعدوانية فى مقابل الجنس، كما أنها ليست أفعال جنسية بقدر ما هى سلوكيات تجهيزية للجنس تسبق الفعل الجنسى ولا تتبعه كما يعتقد البعض، كما أن السلوكيات الجنسية المتصلة بالسادية تعبر عما أسماه الباحث (الجنس العقلى) الذى يسيطر عليها ويتحكم فيها بعيداً عن سيطرة (الجنس الجسدى) فليست السادية (جنس جسدى) وانما هى سلوكيات تساعد على إذكاء (الرغبة) دون أن تصل تلك الرغبة لحيز التفعيل (Acting out). فالغرض منها هو شحن الطاقة النفسية الجنسية.

كما أن الباحث يرى أن السادية لا تعبر عن مرض إلا إذا أصبحت غاية فى حد ذاتها، وليست مجرد وسيلة لتحقيق غاية، فإذا كان العدوان والتدمير سواء معنوياً أو مادياً، جنسياً أو فى مجال العلاقات البينشخصية ، إذا كان هدف فى حد ذاته، كانت السادية مرضاً. والسادية هى تعبير عن اللاشعور الجمعى لفكرة الجنس لدى الرجل والمرأة، (الأنيما والأنيموس لدى يونج) أو ما يعرف بالاحتجاج الذكرى، وهو أن الذكورة تعبير عن القوة والسيطرة والأنوثة تعبير عن الخضوع والاستسلام. وهذا يجعلنا نقول أن الرجل (سادى) والمرأة (مازوخية). إلا أنه فى بعض الأحيان تلعب المرأة دور الرجل، فتكون أكثر سادية فنجد التحليل النفسى يقول عنها «المرأة حاملة القضيب» أى المرأة الأكثر رجولة.

وفى ضوء ما سبق يرى الباحث ضرورة تحديد تعريف جامع مانع للسادية يشمل ما يلى: هى مجموعة السلوكيات التى تهدف للشعور بالنشوة واللذة من خلال السيطرة والعدوان وإيلام الآخر، سواء كان ذلك فيما يتصل بالعلاقات البينشخصية، أو العلاقات الجنسية، وفى علاقتها

بهذا الأخير تعبر السادية عن أفعال تجهيزية الغرض منها شحن الطاقة النفسية الجنسية من خلال فكرة عقلية تعبر عن لا شعور جمعى. وقد تصل السادية لحد المرض إذا حلت محل الهدف الأصلى للسلوك وأصبحت هدف فى حد ذاته.

طبيعة وديناميات السادية:

يرى الباحث أن التحليل النفسى طفل السيكولوجيا المدلل الذى يظهرنا دائما أنه الألف والياء فيما يتصل بالانسان، إلا أن أنصار التحليل النفسى غالبا ما يسيئون إليه بأفكار بعيدة كل البعد عن المنهجية العلمية، وهم بذلك لا يسيئون إلى أنفسهم بقدر ما يسيئون للتحليل النفسى كعلم، مما يجعل الكثير من العلماء يقولون عن التحليل النفسى أنه موضوع للمعرفة ولا يرتقى إلى لغة العلم. والسبب الأفكار الخلطية المبالغ فيها من قبل المحللين النفسيين، وهذا ما يتضح فى تناول القضايا الجنسية مثل الغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة (السادية، المازوخية، النظارية، الاستعراضية).

وقد أدرك (جاك لاكان) أن هناك كثير من الأمور الخلطية المشوشة فى التحليل النفسى أرجعها إلى أن أنصار التحليل النفسى قد أساءوا فهم الاستاذ والمعلم (فرويد) وأن السبيل إلى تصحيح ذلك لا بد وأن يكون (بالعودة إلى فرويد) Return to Freud وهى صيحة أطلقها (لاكان) لتصحيح النظرة الخاطئة للقضايا التحليلية وللثورة والنقد على المحللين النفسيين الذين يبتعدون عن تعاليم الأستاذ ***(ذكريا إبراهيم، ١٩٨٣، ص١٥٦)***.

وإذا طبقنا ذلك على ديناميات السادية، نجد أن هناك كثير من أوجه المبالغة التى لا تستند لرؤية علمية، وتنظر للسادية فى أوجه نشاط لا توجد فيها بالفعل، وتنسى الأنشطة الفعلية التى توجد فيها، أو على حد تعبير لاكان (يفكرون حيث لا توجد بينما توجد حيث لا يفكرون).

فكثير من المحللين النفسيين ينظرون للسادية بمنظار الفئات وعلى طريقة التجزئة الأرسطوطاليسية فيتحدثون عن أنواع السادية التى تشمل على :

السادية الفمية، السادية الشرجية، السادية القضيبية، سادية اللهو، سادية الأنا الأعلى، السادية اللاشعورية، السادية اليدوية، السادية المقنعة، السادية المعقدة، السادية الأولية،

السادية المقلوبة. والحقيقة أن السادية تشمل كل هذه الجوانب مجتمعه، فهى ليست أنواع بقدر ما هى أدوات تستخدمها الأنا حسب طبيعة الموضوع المثير للسلوك السادى. ولكن هذه الأدوات ليست بما يصفه البعض من مبالغات وتشوهات فكرية، حيث نجد من يرون أن الطفل إذ يستخدم أسنانه ولسانه وفمه إنما هى حفزات عدوانية تستهدف الاشباع والسيطرة، وذلك عن طريق الوظيفة المتخيلة للفم. ***(عبدالمنعم الحفنى، ١٩٩٢، ٥٢٩)*** وعندما ينضج الطفل تعمد هذه الرغبات فى الرشد لتعبر عن الانحرافات الجنسية ***(كمال دسوقى ١٩٩٠، ١٢٩٨)***. ويرى الباحث أن هذه الأفعال والسلوكيات الطفلية تعبر عن قلة الحيلة والحيرة من جانب الطفل، ولو كانت أفعال سادية أو سادية جنسية لحق القول علينا جميعاً بأننا ساديين ومنحرفون!

وفيما يتصل بالسادية الشرجية Anal sadism ويعنون بها إزاحة النزعات العدوانية والتدميرية والسلبية التى تظهر خلال المرحلة الشرجية من قبيل رفض الاخراج والبخل بالبراز إلى مراحل العمر اللاحقة لتصبح من سمات الشخصية ***(Campbell, R. 1989, p 646)*** يرى الباحث أنه من الخطأ بمكان أن نرى أن العادات العضوية الأكثر تبكيراً تستمر إلى حد كبير فى الحياة اللاحقة للفرد فإذا كان الطفل الذى ينحبس لديه البول أو البراز هو فى الكبر شخص حريص وبخيل، لكان المصاب بالامساك أبخل الناس.

أما السادية القضيبية Phallic sadism فهى حفزات عدوانية تزاح من المرحلة القضيبية، وفيها يتخيل الولد أن الجماع فعل يتسم بالعدوان من جانب الذكر وخصوصاً من جانب القضيب عضو التذكير فى إلحاق الألم بالشريك. ***(كمال دسوقى، ١٩٩٠، ١٢٩٨)***. إلا أن الباحث يرى أن هذه التخيلات لا تتوفر لكل فرد وانما تتوفر للذين يحرصون على مشاهدة الفعل الجنسى، كما أن الاعتقاد بأن الفعل الجنسى هو فعل عدوانى، إعتقاد غالب لدى الاطفال فى مرحلة الطفولة المبكرة، فالطفل فى هذه المرحلة، إذ أتيحت له فرصة مشاهدة اللقاء الجنسى، فهو يعتقد بأن الطرفين فى عراك ومشاجرة دون أن يدرك أن تلك المعركة ما هى إلا لقاء جنسى قد يحتوى على الكثير من العواطف، وما يعتقده الطفل بأنه (عدوان ومشاجرة) يخلع عليه الراشد معنى آخر يتمثل فى (الإثارة) و (اللهفة). فظواهر الأمور تختلف عن ما فى الباطن، وكم من محتوى ظاهر يختلف تماماً عن المحتوى الباطن، هكذا علمنا التحليل النفسى، ووضحته لنا الماركسية فى حديثها عن البناء الفوقى والبناء التحتى.

وسادية الهو id sadism وهى حفزات تدميرية غريزية أولية تظهر فى سنوات الطفولة الأولى ، وقد تكون مرتبطة بالرغبة فى الإشباع، إلا أنها تعانى الكبح عن طريق العقاب والتربية، وقد تستمر هذه السولكيات فى الكبر فتتحول لجناح أحداث أو الرغبة فى الاعتداء على الآخرين *(عبدالمنعم الحفنى، ١٩٩٢، ٥٣٠)*.

ويرى الباحث أن القول بوجود سادية لدى الطفل فى مرحلة الطفولة المبكرة، أمر يصعب توقعه، وإنما ما نسمية بالسلوكيات العدائية من جانب الأطفال تنبع من جهل الطفل بطبيعة الموضوعات الخارجية وطريقة التعامل معها، فهى تعبر عن ضعف وجهل فى الوقت نفسه ولا تعبر عن سادية، فما يمكن أن نعتبره بالسلوك السادى هو الذى يشمل على النية والقصد من ناحية والمعرفة من جانب آخر، وهذا الأخير يشير إلى معرفة الفرد بعواقب سلوكياته على الآخرين، أى أن السادية يمكن أن نقول عنها أن سلوك تدميرى – تتفاوت درجاته – مع سبق الاصرار والترصد.

ويشير (روبرت كامبل) إلى أن الأنا الأعلى قد يكون أكثر سادية على الأنا الذى يحاول من جانبه إرضاء دوافع الهو. وتؤدى سادية الأنا الأعلى إلى الالتزام بقواعد الأخلاق والتقاليد والدين والصرامة فى تطبيق هذه القواعد ***(Compbell, R. 1989. P 647)*** .

ويرى بعض العلماء أن السادية لا تعبر عن الانحراف الجنسى، بقدر ما هى تعويض عن الابداع والحب، ويتم هذا التعويض على شكل قوة أو إيذاء أو سيطرة على الآخرين ***(Kleinmunty, B. 1980, p358)*** وعلى ذلك يكون هدف السادى هو الايلام وإستسلام الآخرين، وليس الهدف هو التدمير فى حد ذاته ***(sternback, o, 1975, p. 328)***. ويتفق الباحث مع هذا الرأى فقط فيما يتصل بالسادية التى لا تشتمل على أفعال جنسية، لكن يرى أن هناك أفعال سادية كثيرة ومتنوعة فى الفعل الجنسى، الهدف الظاهرى لها إحداث الألم، لكن ما وراء الظاهر، يشير الباطن إلى رغبة فى الشحن النفسى المعنوى وإستحضار الصورة الذهنية عن الجنس لاذكاء الرغبة والاثارة.

والسادية قد تؤدى وظيفتها، هادفة إلى إسترداد صورة الذات المنهارة، وذلك عن طريق أساليب مشابهة للنشاط المازوخى، وربما يرى السادى أنه يحقق ذاته من خلال ما يحدثه من

ألم شديد بالآخرين *(Stolorow, R. 1975, p. 446)*. ونحن إذ نتفق مع هذا، نتفق أيضاً مع ما جاء به (فرويد) و (كولمان) من أن السادية عندما تتغلب على الحياة الجنسية للفرد بأكملها، فإنها تستقل بنفسها وتصبح شكلاً من أشكال الإنحراف، وقد تظهر على شكل غريزة فرعية غلابة.

فالسادية تعبر عن جانب كبير من القسوة فى نفس الانسان، إن لم يجد مخرجاً لها فى العالم الخارجى، فإنها ترتد إلى صاحبها، تغذية، كما فى الحالات المرضية التى تبلغ مداها فى الانتحار *(**سيجموند فرويد**، ١٩٨٠، ٩٢، ٩٣)*. وجنسياً، فإن السادية تنشأ من الخبرات الأولية التى ترتبط فيها الإثارة الجنسية بالإصابة بالألم *(coleman, J, 1956, p. 384)*.

وإذا كانت تلك هى طبيعة السادية وديناميتها، ترى ماذا تكون السادية لدى المقامر؟

السادية لدى المقامر:

يرى الباحث : أنه عندما تواجه مقامراً فإنك تشعر فى كل لحظة بأن جذور السادية متأصلة فى أعماق وجوده، فهو أنانى، حاقد، ثائر، منتقم، كذاب، يسعد بشقاء الآخرين وإيلامهم، يود لو يفنى العالم كله ويحلق فى ضباب العدم، فالسادية تنشب أظافرها الحادة المريضة فى كيانه، وأنه لوجود سادى، ويعرف أنه سادى، وكل ما يشغله هو كيف تصل هذه السادية للآخرين، وكيف يتسنى له أن ينشر بينهم الشعور بالنقص وخيبة الأمل، والألم والحرمان والملل والخبث الأسود المخيف. وينظر المقامر لنفسه ويجدها محاطة بكل هذه المشاعر التى لا يستطيع مقاومتها.. أو مجرد التفكير فى مقاومتها مما يجعله مضطراً لأن يقبلها كجزء من المنظومة النفسية لديه. فالسادية تدس أنفها فى كل ما يحققه المقامر من أفعال، حتى أننا لا نكون مبالغين إذ قلنا أن أى فكرة أو سلوك أو عاطفة يقوم بها لا بد وأن تحتوى على سادية!

ويشير الباحث إلى أن السادية لدى المقامر، تعبر عن الانفصال والتفكك والتنافر وعدم الانسجام مع الآخرين، بل إن من شأنها أن تحدث ضرب من الانقسام فى الذات أيضاً، وذلك لأن المقامر إذ يواجه ساديته يجد نفسه أمام العديد من الساديات، أو السادية المتعددة، وليس أمام سادية واحد فقط. ورغم تعدد أنماط السادية لدى المقامر، إلا أن هناك رابطة سحرية بين المتعدد فيها، فما تكاد تظهر أحدها إلا وينفتح الباب للأنماط الأخرى للظهور، حتى توجه سمومها وطعناتها الدامية للآخرين. وفى تنوع أنماط السادية لدى المقامر يمكننا أن نشير إلى المازوخية لديه. إذ يجد المقامر فى تحقيق أحقاده وعدوانه وتحطيمه للآخرين نوع من السعادة واللذة، وهو أيضا يقاسى كثيراً لتحقيق هذه اللذة، ويسعد لأنه يقاسى وأنه موزع الهمم بين المتعدد من السادية، إذ يصبح مشتتا بين عناصر سادية كثيرة كلها تدخل فى دائرة إهتمامه، والسبب فى تعدد أنماط السادية لدى المقامر، هو أن إرادته المريضة - إن كانت له إرادة - كثيراً ما تختل حركتها لأتفه الأسباب، فينتشر الاضطراب وتعم الفوضى حياته، فلا يجد الا السادية كملجأ وملاذ لإعادة النظام من جديد، فلا تمنحه السادية إلا اضطراباً فوق إضطراب، حتى يصبح ربيب الفوضى، وحليف الإضطراب وباعث الانقسام أو إن شئت فقل (هادم اللذات).

إن السادية لدى المقامر تختلط بالكثير من الرغبات التى تشمل على العنف والعدوان والتملك والحيازة والملكية، إن لم يكن الرغبة فى الغزو أو السيطرة أو السيادة وهذه الرغبات لابد وأن تبوء فى خاتمة المطاف بفشل ذريع، ما دام من المستحيل على المقامر السادى أن يحقق رغبته الأصلية فى تملك الآخر والسيطرة عليه، وسادية المقامر تضعنا وجهاً لوجه أمام علاقة المقامر بالآخرين، تلك العلاقة الشاذة المريضة.

فيشير الباحث إلى أن سادية المقامر توضح أن علاقته بالآخر، علاقة تنعدم فيها النزاهة، وتمتلئ فيها الأغراض، التى تحاول أن تلغى ما لدى الآخر من قيم ، ومع ذلك فهى ليست علاقة ثنائية، فدائما ما يكون هناك طرف له مركز الثقل، وهو الطرف السادى، فليس هناك تعادل أو توازن أو مشاركة، وانما هناك على الدوام إختراق لذلك الآخر، ونرجسية مطلقة تحاول أن تضع الآخر تحت إمرة الذات، فسادية المقامر تعبر عن إتحاد بالنرجسية من أجل العمل دون وعى على تفكك الشخصية – ونقول (تفكك الشخصية) لأن البعض قد يتفهم أن نرجسية المقامر هى تضخم الإحساس بالشخصية، لكنها فى الحقيقة إنحلال وتفكك لتلك الشخصية، صحيح أن النرجسى (يحب ذاته) لكن بطريقة خاطئة وفاشلة، فالنرجسى وإن صح التعبير (مشغول بذاته) دون أن يكون وراء هذا السلوك أى حب حقيقى للذات، فى حين أن حب الذات لا يمثل أى صورة من صور النرجسية، فلو كان المقامر بالفعل يحب ذاته لأحبْ الآخرين. وتبعاً لذلك فالانسان العاجز عن حب نفسه، عاجز أيضاً عن حب الآخرين، وهو حال المقامر السادى.

ويرى الباحث أن المقامر واهم ولديه تضخم فى الأنا وورم خبيث فى الفكر، إذ يعتقد أن السادية تحقق له الغلبة والمقدرة على الآخرين (وهو ما يعرف بوهم القدرة على التحكم) وهو فى ذلك نوعان :

١ – مقامر يعتقد أنه لا يختلف عن الآخرين كثيراً، وهو نوع نادر.

٢ – مقامر يعتقد أنه أفضل من الآخرين على الاطلاق!.

وهذا الأخير جعلت منه المقامرة ذاتاً مريضة سادية متقطعة العلاقة مع الآخرين، إذ أن الآخرين لا يتحملونه مرتين : مرة لأنه مقامر، ومرة لأنه مغرور وواهم، لذا نستطيع أن نقول أن الانسان وإن كان (ينمو) فإن المقامر على العكس من ذلك (ينتفخ) .

فعلاقة المقامر بالآخرين علاقة قوامها السادية، وقد أدى ذلك لأن يصبح لديه (علاقات شخصية) وليس لديه (أصدقاء)، ومهما إمتلك من الأشياء يرى أن الذى يملكه ليس شيئاً، والذى يملكه الآخرين هو كل شئ، ومع ذلك قد لا يضايقه أنه يملك القليل، بقدر ما يضايقه أن الآخرين يملكون أكثر منه، حتى أصبحت القاعدة الأساسية للمقامر فى علاقته بالآخرين مؤداه: (أن تسعد وتملك الكثير.. فهذا حقك. لكن أن يكون أكثر منى.. فذاك حقدى).

ويقع المقامر السادى فى علاقته بالآخر، فى تناقض أليم وشاذ، فهو حاقد وعدوانى على الآخر، سواء كان هذا الآخر واقعى أم متخيل، وهو مع ذلك بحاجة إلى هذا الآخر، شريطة أن يكون أحط منه قدراً وقيماً ونزاهة وشرف! وبعد هذا كله نجد أن الذى يؤلم المقامر أن هذا الآخر لا يدرك ما يؤلمه!

والسادية رهينة بطبيعة الموضوع الذى ينجح أو يفشل المقامر فى تملكه والسيطرة عليه، وليس معنى ذلك أن الموضوع السهل الذى يذعن لرغبة المقامر دون أدنى جهد أو مشقة، هو الذى يثير إهتمامه، فهذا الموضوع قلما يحقق للمقامر ساديته ومن ثم الشعور بالرضا والاشباع، لأنه موضوع لا يثير لديه النزوع نحو السيطرة والتملك أو الرغبة فى الغزو، وبالتالى سرعان ما ينصرف عنه المقامر لكى يبحث عن الموضوع الصعب الذى يمكن أن يثير طاقته وأن يشبع لديه الشعور بالكسب أو التملك ومن ثم السادية. فالمقامر يجد نفسه مدفوعاً من قبل ساديته بالسعى وراء الموضوعات القوية المنيعة التى يشعر أنها قديرة على الرفض، والتمنع، وكأن حرية هذه الموضوعات المتعددة هى وحدها التى تثير السادية وتجذب المقامر نحوها، وبقدر تمرد وتمنع وتعذيب الموضوع، بقدر ما تكون سادية المقامر عليه شديدة بعد - أو أثناء - إمتلاكه. وفى ضوء ذلك نستطيع أن نقول : أن المقامر لا يهدف من خلال العلاقة بموضوعه إلى الاتحادية، بل إخضاعه والسيطرة عليه، وكأنما هو يحاول أن يخلقه من جديد!.

وتبدو سادية المقامر فى أكثر صورها وضوحاً فى عدم قدرته على التساهل والتسامح حتى مع اقرب المقربين إليه، وتبدو أيضاً فى الغرام الشديد بإيلام الغير حتى وإن كان هذا الألم لا يعود عليه بالفائدة. ويجب ألا نحمّل المقامر المسئولية الكاملة لهذه السادية، بل إن جانب منها يعود لطبيعة التفاعل النفسى والاجتماعى بين المقامرين أنفسهم، هذا التفاعل الذى لا يتم إلا فى جو من ضرب الإستقرار النفسى لكل فرد وهدم كل مقامر للآخر.

ولو أن الأمر وقف عند حد هدم الآخرين والتلذذ بعذابهم، لهان الأمر، لكن الأهم هو أن بين قيم المقامر من الصراع ما يوطد السادية لديه، فكل قيمة لديه تعمل وكأنها وحدة مستقلة بذاتها، ولا تقيم وزنا لما عداها من القيم، فتجد المقامر يلعن المقامرة ويبغضها، لكنه يتمسك بها ويطوق اليها وتجد المقامرة تضيعة لكنه يؤكد ذاته من خلالها، وبالرغم من أنه تأكيد وهمى إلا أنه يحقق له الاستقرار!.

وقد يرى المقامر أن ما يعانيه من صراع، شأنه شأن أى صراع ، يثقل الذات ويدفع بالحياة للأمام. صحيح أن الصراع قد يؤدى لإيجابية الحياة، وثقل الذات لكننا نرى أن المقامر لا يترك الصراع على ما هو عليه، بل يفسح المجال إليه، وذلك لأنه يعشق الفوضى ويشعر بلذة سادية فى تضارب الواجبات وتعارض القيم والمعايير، حتى يتذوق عذوبة الصراع.

وكأن السادية لدى المقامر هى تعبير عن المازوخية، وتعبير عن جوانب النقص وقلة الحيلة وجنون الأفكار وتداخلها، وهو ما ينقلنا إلى الحديث عن المازوخية لدى المقامر، من خلال تناول التعريفات المختلفة للمازوخية، وطبيعتها الدينامية، وهو ما نعرض له فيما يلى :

تعريفات المازوخية:

تعريف عبدالمنعم الحفنى:

هى إنحراف جنسى يتلذذ فيه المرء بما ينزل به من الألم، وهى سمة الأفراد الذين يستجلبون على أنفسهم سوء المعاملة والمذلة والمعاناة، بقدر ما هى توحد وتعين بالشريك السادى، أو هى تخفف من الذنب بتجربة الألم والعقاب فى وقت واحد مع اللذه، أو هى إستجلاب الشهوة بممارسة الخضوع ارضاءاً لشخصيات قوية فى مكان السلطة، أو ممارسة لغريزة الموت. ***(عبدالمنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٤٥٥)***

تعريف محمود حمودة:

هى الحصول على الإثارة الجنسية من خلال تعرض الفرد للإيذاء البدنى، كالإجهاد الجسمى، وتقييد الحركة، وتغطية الوجه، والصفع على الوجه، والصعق بالكهرباء والوخز بدبوس، والمشاركة فى أنشطة تهدد حياته، بجانب الايذاء النفسى كالإهانة والسب، والرغبة فى أن يعامل كطفل عاجز ***(محمود حمودة، ١٩٩١، ٣٨٩)*** .

تعريف روبرت كامبل:

يعرف كامبل المازوخية طبقاً لتعريف (كرافت إيبنج) على أنها إنحراف نفسى جنسى تتفاعل من خلاله أفكار ومشاعر الفرد جنسياً، عندما يصبح كلية، تحت إرادة وتصرف شخص من الجنس الآخر، بحيث يعامله معاملة سيئة ، مذلة، يمثل هو فيها دور السيد.

(Compbell, R. 1989. p. 426)

تعريف بوتزن وأكوسيلا:

المازوخية: إشباع جنسى من خلال المعاملة السيئة المتمثلة فى إنزال الألم والعذاب بالذات

. ***(Bootzin, R. Acocella, J, 1988, p. 333)***

تعريف جيرسا وكراشيلو

يعرفها جيرسا وكراشيلو طبقا لما يراه (فرويد) من أن المازوخية إنحراف جنسى يرتبط بعدوانية مرضية وحسد القضيب، وعمليات التثبيت، بقدر ما يرتبط بالمرحلة الأوديبية وقبل الأوديبية. *(Jersa, B Cracielo, M. 1988, P. 160)*

تعريف آرثر ريبر :

المازوخية : هى الاتجاه نحو تدمير، وإيلام، وتعذيب الذات، وتشمل المازوخية الجنسية، وفيها يحصل الفرد على اللذه من خلال المعاملة السيئة، والمازوخية الأخلاقية التى تشير إلى إيذاء الذات لاثارة الاحساس بالذنب، والمازوخية الجماهيرية هى ما يشير إلى إستسلام العامة من الشعب لمشاعر الألم والعذاب، والمازوخية النفسية هى أى نوع من أنواع التدمير والعذاب الموجه نحو الذات. *(Reber, A, 1987, P. 419)*.

تعريف أحمد عزت راجح :

إنحراف لا يجد المنحرف فيه لذة جنسية إلا إذا أنزل به عقاب جسمى أو معنوى من شريكه . *(أحمد عزت راجح، ١٩٨٧، ٥١٩)*.

تعريف بيبجتون :

إشباع جنسى يتضمن المذلة والاستسلام والخضوع، سواء كان ذلك على مستوى خيالى أو واقعى لأفعال قاسية أو لقوة شخص معين *(Bebbington, p. 1979, p. 766)*

تعريف أوليفن :

المازوخية هى الاشباع الجنسى من خلال الايذاء والألم، التى تصل لحد الإهانة مع الطرف الآخر، وذلك من خلال مجموعة من الأنشطة العدوانية الموجة نحو الذات.
(Oliven , J. 1974, p. 475)

خلاصة وتعقيب:

تتعدد تعريفات المازوخية وتتنوع، ورغم ذلك نستطيع أن نقول أن كل هذه التعريفات يمكن أن نردها لتعريف واحد يشمل علىٰ بعدين:

١ - النزعة التدميرية للذات

٢ - الحصول على اللذة من خلال الألم.

وترى التعريفات أن إيلام الذات قد يكون إيلام مادى، كما هو الحال فى الألم الجسمى، أو إيلام معنوى، كما هو فى الإهانة والسب والتقليل من شأن الذات. ويجب أن نشير إلى أن المازوخية لا تقتصر على الجانب الجنسى فقط، بل تتعداه لتشمل جوانب سلوكية أخرى كثيرة، صحيح أن الأصل فى المصطلح يرجع إلى العمليات الجنسية، لكن كثيرا ما نجده فى سلوكيات الفرد وبأشكال متعددة من السلوك.

ويشير الباحث إلى أن المازوخية فى علاقتها بالجنس، تختلف تماماً عن المازوخية فى علاقتها بالسلوكيات غير الجنسية، رغم أن الطريقة واحدة، وهى إلحاق الأذى والألم بالذات. وفيما يتصل بالجنس يرى الباحث أننا لا يمكن أن ننظر للمازوخية على أنها مرض أو حتى إنحراف إلا فى حالة أن تصبح المازوخية هدفا فى حد ذاتها، وليست مجرد وسيلة لغاية، فكثيرا ما تكون السلوكيات المازوخية فى الجنس تعبيرا عما هو متعارف عليه، خاصة لدى المرأة إذ رسخ فى ذهن الكثير أن الجنس لا يعبر عن حالة التوازن أو التساوى، فلا بد لطرف أن يكون هو المسيطر والغالب والباعث على الألم، ذلك الألم الذى قد يمثل الاسم الحركى للأنوثة أو الذكورة عندما يكون فى جانب أحدهما، وقد تستخدم المازوخية كنوع من الشحن النفسى والتحضير للفعل الجنسى، فهى ليست إشباع جنسى كما يعتقد البعض، ولا تكون كذلك إلا فى الأحوال المرضية النادرة، عندما تحل الرغبة فى إيلام الذات وسحقها محل الرغبة فى الجنس ذاته.

وفيما يتصل بالمازوخية غير الجنسية، فهى تعبر عن حالة من إنقسام الذات حيث يصبح المازوخى، القاضى والجلاد معاً ضد ذاته، فى محاولة للتخلص من ألم الشعور بالذنب، ويرى الباحث أن المازوخى يتلذذ بألم ذاته، لأن العقاب لذاته يخفف عنه ألم الشعور بالذنب، وذلك

الألم الذى لا يستطيع أن يواجهه، فهو على إستعداد لمواجهة آلام ذاته، دون أن يقوى على ألم الشعور بالذنب، وذلك لأن لديه (أنا أعلى) شديد الصرامة، وفى الوقت ذاته (أنا) سادى يلهب ظهر بسياط الألم.

وفى ضوء ذلك فإن المازوخية بهذا المعنى لا تقف عند حدود الإنحراف الجنسى الذى يحصل فيها الفرد على اللذة الجنسية من إيقاع الألم بنفسه، وإنما يتسع مداها ليشمل الحصول على اللذة من التعرض للإذلال أو التوبيخ والوقوع تحت السيطرة أو الانجراح، بقدر ما هى إنقلاب النزعات السادية إلى الداخل ضد الذات، لذا فهى أكثر تعقيداً، ذلك أن الألم هنا يجلب اللذة، بل ويناضل من يعانون من مثل هذا الانحراف من أجل الحصول عليه. *(حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ١٣)*.

طبيعة وديناميات المازوخية:

يرى الباحث أن المازوخية شأنها شأن السادية، فكلاهما إهتمام شديد بالذات وإن كانت المازوخية تكلف الذات أكثر ما يجب فذلك لأنها إحساس غير طبيعي، وإحساس عكسى مثل حركة الأجسام ضد الجاذبية الأرضية، تحتاج لقوة إضافية وتستهلك طاقة نفسية أكثر والسادية والمازوخية نمو يمضى دائما، إلى أسفل، دون أن يرتفع درجة واحدة. وهما بذلك يتغذيان على ذات الفرد ويحصرانها فى رغبة واحدة فقط «اللذة المريضة» فتتحول الذات إلى كراهية وغيرة وإنتقام وتنغلق على نفسها، فتصبح شديدة الحرص على مصالحها شديدة البخل بحبها، شديدة الندم على أن يفوتها شئ ، قليلة الصبر على خذلانها.

وإذا كنا نتحدث عن المازوخية من خلال (أشكال) متعددة، فإن مصطلح أشكال قد يكون غير موفق، لأن المازوخية فى النهاية فعل واحد وغاية واحدة، وان كنا نستخدم مصطلح أشكال، فإن ذلك بغرض الفهم، لكن المازوخية من الناحية الدينامية هى شكل واحد يتمثل فى تدمير الذات، وفى ضوء ذلك نجد العلماء يتحدثون عن المازوخية: الأولية، الشبقية، الأنثوية، الأخلاقية، المثالية، الثانوية، اللفظية، الجماهيرية، الاجتماعية، والتخريب المازوخى، أو المازوخية الأولية Primary Masochism فهى النزعة لتدمير الذات، وهى نزعة توجد لدى الفرد منذ وقت مبكر من حياته، وبدلا من أن يتجه التدمير للعالم الخارجى يرتد إلى الذات، والمازوخية الشبقية Erotogenic Masochism هى التى تعبر عن ألم الشهوة الجنسية، والشعور باللذة من هذا الألم، أما المازوخية الأنثوية، Feminine Masochism وهى المرضى من الذكور الذين يشعرون باللذة من الألم والإهانة أثناء اللقاء الجنسى، وذلك لأنهم قد يكونوا متوحدين بامرأة تعانى الذل والألم، وتشير المازوخية الأخلاقية Moral Masochism إلى الميل لعاقبة الذات على ما يلم بالنفس من رغبات محرمة لا شعورية تجاه الأبوين نظرا لكونها رغبات جنسية غير مقبولة شرعاً أو عرفاً، أما المازوخية المثالية ideal Masochism هى عدم الشعور باللذة فى الألم الجسمى، بقدر ما يشعر بها الفرد فى الألم النفسى، وإذلال الذات، وتعبر المازوخية الثانوية Secondary Masochism عن ارتداد السادية ضد ذات الفرد، فبدلا من أن تتخارج السادية إلى العالم الخارجى، إرتدت إلى الذات، فأصبحت مازوخية (ثانوية) وتعبر المازوخية اللفظية Verbal Masochism عن رغبة الفرد فى سماع الألفاظ

المهينة، التى تكون شرطاً أساسى للإثارة الجنسية أما المازوخية الجماهيرية Mass Masochism، تعبر عن رغبة الجماهير والشعب فى الخضوع إلى الذل والهوان للحاكم وإطاعة أوامرة، وتشير المازوخية الاجتماعية Social Masochism إلى إتباع الفرد لأسلوب الخضوع والسلبية، حتى يتعود على الحرمان ومصائب الحياة، ويعبر التخريب المازوخى Masochistic sabatogl عن السلوك التدميرى الذى يهدف لاشباع الدوافع اللاشعورية لانزال العقاب بالذات ***(Campbell, R. 1989, p 427) (Reloer, A. 1987, p 419)*** ***(عبدالمنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٤٥٥)***

وتشترك كل هذه الأشكال المازوخية فى البحث عن الألم والعقاب الذى يمثل مصدراً للمتعة وليس العذاب، كما أنه عامل أساسى فى ظهور الإثارة والتشويق، ويعمل على إزالة التوتر، وينظر المازوخى إلى الألم باعتباره العامل الاساسى فى حماية موضوعات الحب من الإنهيار، ومن ثم يحافظ على نرجسيته، كما أن خبرة الألم فى المازوخية تمكن الفرد - خياليا- من السيطرة على الأمور وشتى الموضوعات ***(Grossman, W, 1991, p 34)***. وتوضح نظرية التحليل النفسى أن المازوخية تظهر لدى الفرد نتيجة تعرضه لاحباطات شديدة فى الطفولة ***(Finell, J. 1992, p 261)*** وذلك عندما يتحول ميكانزم (التوحد بالمعتدى) إلى عدوان نحو الذات وينتج عن ذلك ظهور نزعات تدميرية تتصل بحاجة الفرد إلى الإنفصال ***(Nakakuki, M. 1994, p. 252)*** ويؤدى ذلك إلى زيادة لجوء الفرد للعيش فى عالم خيالى والبعد عن العالم الواقعى ***(Jack, N and Kerry, N, 1991, p. 160)*** فتسيطر الأوهام والخيالات المازوخية والتى تكون بمثابة ميكانزم دفاع لتعويض الخسارة التى تكبدها الفرد خلال مرورة بالخبرات الصادمة المحبطة ***(Katy, R. 1992, p. 12)*** .

ويشير (ساشاناخت) إلى أن المازوخى لم يستطع قط أن يتغلب على الخيبات الأولى للحياة الطفلية، ومن هنا كانت حاجته الدائمة والأكثر إلحاحاً من حاجة أى شخص آخر إلى أن يحب. إلا أن هذه الحاجة تختلط لديه بحاجة إلى الألم، فهو يرفض الحب بدون ألم، بل ويطرحه جانباً، أو يحوله إلى ألم. وهو يعمل دوماً على إستثارة الخيبة، لأنها تسمح له أن يعيش الحب فى الكراهية، والكراهية هنا متغلبة عليه هو وذاته، إذ أن الرابط الليبيدى بموضوع الحب (وبالتعميم جميع الروابط الوجدانية) مجدول بوجه خاص من الكراهية، ولكنها كراهية تسلك دوما الطريق نحو ذاته، وكأن موضوع الحب أو موضوعاته تتأذى به إلى أن يحب ذاته عن

طريق كرهه ذاته. *(ساشاناخت، ١٩٨٣، ٨٩)* ومن ثم فمشاعر الإثم غير السوية وغير المحتملة تولد لديه الحاجة إلى العقوبة والتكفير عن آثامه، فوجدانات الإثم غير السوية واللاشعورية فى طبيعتها تعتبر أقسى أنواع وجدانات الإثم تأثيرا على الفرد، وهذه الوجدانات لا يشعر بها الفرد، ولكنه يجد نفسه مدفوعا بها إلى أفعال وتصرفات يمكن أن تؤدى إلى هلاكه *(سيجموند فرويد، ١٩٨٢، ٨٠)* ويرجع ذلك إلى الإحساس بالذنب الذى يجعله يعرض نفسه للعقاب من الآخرين *(إنتصار يونس، ١٩٨٧، ٣٤٣)*، ويرى (سايمونز) أن المازوخية عقلية شعورية فى جميع مراحل النمو، حيث تبدو المتعة بالنسبة للفرد فى إحداث الألم بنفسه، ولكن شعوريا، وكذلك فى إزالة الشعور بالألم شعوريا، فالفرد يرى أن وظيفة الغرائز هى تحقيق الرغبة، سواء كانت الرغبة ألما أم إزالة الألم، فكلاهما يؤدى إلى المتعة وتحقيق الإشباع *(Simons, R. 1987, p. 585)*

ويرى بعض العلماء أن للمازوخية أهمية كلينيكية من حيث أنها عامل مساعد للتعرف على حالات العصاب *(Arnold, R 1991)*. فنادرا ما يجد المعالج مريضاً لا يوجد لديه حاجة لاشعورية للبحث عن الألم وتعذيب الذات *(Lean, W, 1990, p. 125)*. ويرى (جروسمان) أن الألم فى بعض الحالات، قد يكون مطلبا طبيعيا للحصول على المتعة، مما يجعل الموضوعات المؤلمة، موضوعات مقبولة، وذلك من حيث العلاقة بالموضوعات الأخرى ذات الأنواع المختلفة، فما يبدو للفرد العادى على أنه لا يؤدى للشعور باللذة، قد يكون باعث على اللذة بالنسبة للمريض، حتى أن الموضوعات غير المقابلة للذة من جانب معين، قد يكون لها لذة من جانب آخر، كذلك هناك دوافع معينة تؤدى للألم الذاتى فتعمل على التحكم فى العمليات العدوانية، ومثل هذا التحكم قد يجعل الفرد يفوز بموضوع الحب ويتحكم فيه، ومن ثم يشعر باللذة، وقد تبدو لنا الأشياء مؤلمة، لكن تبدو لدى الآخرين باعثة على اللذة، وخاصة فى العمليات الجنسية، كما أن الموضوعات التى تبدو فى ظاهرها خداعة وعدوانية، تنقلب نحو الذات بسبب الحب أو الخوف من فقدان الموضوع أو التهديد بالخوف من أشخاص ذى قوة، ولأن هذه المخاوف تكون داخلية، وتتمثل فى العلاقات الشخصية، والتوحد مع الشخص المهدد الذى يوجه العدوان نحو الذات، وهذا نموذج لتكوين الأنا الأعلى، وهناك معانى كثيرة للشعور بالألم، باعتبارها مصدر للتحييل والمانحة للذه فى وقت لاحق، وتختلف هذه المعانى حسب خبرة كل فرد، خاصة فى مراحل الطفولة الأولى *(Grossman, W. 1991, p. 34-35)*

المازوخية لدى المقامر:

يرى الباحث أن المقامر مازوخى، يتعذب بالمقامرة، ويتعذب أكثر كلما أخلص لها أو تخلص منها! وبين هذا وذاك يظل فى هدم نفسه ما دام قادرا على تذوق الجمال فى المقامرة، فهو يعيش بالقيود ويموت بالحرية، وسواء أعطته المقامرة أو لم تعطيه، يسعده دوما أنه ذليل لها، وهو إذ يبغضها تجده متعلق بها، مثله كالخنزير يعشق المشى فى الوحل، وتبدو مازوخية المقامر فى أوج صورها فى تضاعف متاعبة من تحقيق رغباته.

وما أصدق عبارات الشاعر الفرنسى (فرانسوا فيلون) إذ يقول:

«لا أثق إلا بما هو غير أكيد، فالأشياء الواضحة هئ بالنسبة لى غامضة، ولا تريبنى إلا الحقيقة، ولا أستمد معرفتى إلا من صدفة عمياء، فإذا ربحت كل شئ فسأتقاعد مع الخاسرين» ***(فخر الدباغ،١٩٨٦، ٥٤)***.

ويشير الباحث إلى أن المقامر يجعل من المازوخية رهنا بالبقاء إلى جوار المقامرين دون أن يكون فى وسعه أن يخالف أنا أعلى سادى، شديدة القسوة إذ لا يجرؤ على مخالفته سواء فى التفكير أو الوجدان أو السلوك وفى ذلك يشير (فرويد) إلى أن الأنا الأعلى أصبح سادياً، فأصبح الأنا مازوخياً، أى أنه أصبح فى أعماقه سلبياً بطريقة أنثوية، ويتطلب العقاب، مما جعل الأنا يقدم نفسه، من ناحية كضحية، ومن ناحية أخرى يجد الاشباع فى سوء المعاملة التى يلاقيها من الأنا الأعلى، أى فى الشعور بالذنب ***(فرويد، ١٩٧٥، ١٠٥)***.

ويرى (فرويد) أن المقامر مازوخى، ولا يرغب فى الفوز، بل إنه لا شعوريا يرغب فى الخسارة، فالمقامر يريد دوما أن يعاقب والديه، مما يبعث فى نفسه الشعور بالذنب على ذلك، فيصبح المقامر متناقض الوجدان ما بين الرغبة فى عقاب الوالدين والشعور بالذنب على ذلك، وبدلاً من أن يتجه العقاب للوالدين يتجه نحو ذات المقامر، وتلعب الخسارة هنا دور المعاقب للمقامر على مشاعرة السلبية نحو الوالدين، خاصة الأب، وان كان الأب متوفياً، فإن الخسارة تعاقبه أيضاً على وفاة الأب، وهو ما يطلق عليه فرويد (المازوخية الأخلاقية) Moral Masochism ويرى فرويد أيضاً، أن المقامرة يمكن أن تفسر فى ضوء المازوخية الأنثوية Feminine Masochism حيث تعبر الخسارة بطريقة رمزية عن فوز المقامر

بحب والده الذى يكافئة علىٰ إخلاصه وفناءه، وعلى ما لحق به من ألم، فالخسارة هنا تساوى الحب، فمعنى الخسارة أن تعانى شيئاً، وما الحب إلا نوعاً من المعاناة، إذن. خسارة = حب *(Jackie, f. et, al. 1999, p. 13)*.

ويتضح ذلك من خلال تحليل فرويد (لديستوفسكى). وهو قبل أن يكون أديب عالمى ذاع صيته فى مجال الأدب، كان مقامراً من الدرجة الأولى، حتّى أنه ألف رائعته «المقامر» (١٨٦٦) وقام فرويد بتحليلها أيضاً عام (١٩٢٨). فلم يكن أديبنا يكف عن اللعب حتى يخسر آخر ما يملك من النقود، وعندما كانت خسارته تسلمه الى الفاقه، كان يستمد من ذلك لونا من اللذة المرضية ، فيجهر أمام زوجته بخسته ودناءته ويوعز إليها أن تعنفه وتحقره، ثم يعود إلى سيرته فى اليوم التالى، وقد إعتادت زوجته هذا الأسلوب الغريب من زوجها، ووطنت نفسها على الصبر، فقد لاحظت أن زوجها لم يكن يحسن الكتابة، مثل ما كان يحسنها بعد أن يفقد آخر ما يملك، فكان إنتاجه الأدبى يصل إذ ذاك إلى أوج الروعة.

فقد كان (ديستوفسكى) يعانى مشاعر الإثم المرضى، فإذا ما أشبع رغبته فى عقاب نفسه، بما كان يخسر، كانت تزول عنه غمة الإثم، فيسمح لنفسه إذ ذاك ببعض النجاح. إذن: المقامر يستهدف الخسارة تكفيرا عن شعوره بالإثم ***(مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٣٨)***.

إن مقامرة (ديستوفسكى) كانت نوعاً من الهوى المرضى، فكما يحدث مع العصابين، إتخذ عبء الذنب لديه شكلا ملحوظا كعبء الدين، حتى أدرك الحقيقة القائلة: القمار لأجل القمار نفسه، اللعب للعب، وكل تفاصيل سلوكه اللامعقول الاندفاعى تظهر هذا، وتظهر أكثر منه، فلم يكن يستريح حتى يفقد آخر ما يملك، فكان القمار بالنسبة له طريقة أخرى لمعاقبة الذات. ويرى فرويد أن النوبات الصرعية التى كان يعانى منها (ديستوفسكى) ما هى إلا نوع من العقاب له للتخفيف من الشعور بالذنب تجاه أبيه، والدليل على ذلك أن هذه النوبات الصرعية ، إختفت عندما إبتعد عن الأب بالنفى إلى سيبريا فلم يعد بحاجة إلى عقاب عن طريقة النوبة الصرعية، إذ أن هناك عقاب آخر يتمثل فى النفى، ويؤكد فرويد فكرته من أن المقامر يرغب فى الخسارة، وأن المقامرة لديه تعبير عن التخفف من الذنب – يؤكد فرويد ذلك بما جاء على لسان (ديستوفسكى) قائلا:

«أقسم أن الشرة للمال لا شأن له عندى باللعب، رغم أن الله يعلم أنى بحاجة إلى المال»
(سيجموندفرويد،١٩٧٥،١٠٧،١١٢).

ويرى (فرويد) أن المقامرة تعبير عن التمرد على السلطة والعصيان وتحدى الاقدار، وقد عبر (ديستوفسكى) عن ذلك فى قصته (المقامر) فقال: (لقد ربحت فى خمس دقائق أربعمائة قطعة من الذهب، وكان يجب على أن أترك مائدة القمار إذن، ولكن شعوراً غريبا بأن أتحدى القدر قد غمرنى، وكأنى قد أردت أن أصفع القدر على وجهه) وغنى عن البيان أن من تلقى الصفعة هو ديستوفسكى عندما خسر ما كسب وما كان يملك. إن رموز القدر والحظ تثير فى ذهن المقامر صورة الوالد وسلطته، ومن الطبيعى أن عصيان الوالد والسخرية منه وامتهان سلطانه، أمور تثير بالضرورة شعورا بالأثم عظيماً يستوجب العقاب بالتعويض للخسارة على موائد القمار، فالمقامر يستشعر أثناء اللعب إنفعالات معينة هى مزيج من القلق والبهجة والاهتياج تجعلة يعشق اللعب ويظن أن أن مبعثها المخاطرة ، ولكن الدليل يقوم لدينا علي أن هذه الإنفعالات من نوع إنفعالات الغريزة لدي المراهق ، فالمقامرين مراهقين من حيث النضج العاطفى وليس من حيث السن، فقد توقفت حياتهم الغريزية عند التثبيت بملذات الطفولة ، فهم لا يجدون متعة إلا فيما يستمتع به المراهق، فضلا عن ما يتضمنة ذلك من تحدى لنواهى الوالد ، والمثال التالى يوضح ذلك :

شاب كان كلما إضجع في فراشة بعد الظهر ، أسرعت ضربات قلبة وتصيب عرقة وأحس حراره وإرتعاشا فى أطرافة ، ثم إعتاد بعد ذلك لعب القمار ، فاختفت هذه الاعراض، ولما إضطر إلى الإمتناع عن لعب القمار عادت إلية أعراضة، وقد تبين أثناء التحليل أنه عندما كان مراهقا كان يأوى إلى فراشة بعد الظهر ويطلق لخيالة العنان مدفوعا بغريزة المراهق، وينشط فى ذلك نشاطا كبيراً ، ثم إمتنع عن ذلك خوفاً على صحتة ، ثم ظهرت علية بعد ذلك أعراض إرتعاش اليد وسرعة ضربات القلب كلما أوى إلى فراشة بعد الظهر ، فلما إعتاد لعب القمار وتحسس الورق أو هز الزهر فى يده ، إختفت أعراضة .

(مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٤٢)

وقد طور (ببرجلر) فكرة فرويد عن المقامرة ، ورأى أيضاً أن المقامرة شكل من أشكال المازوخية فلدى المقامر ميل عصابى لأن يخسر فالهدف هو الخسارة وليس المكسب ، ويخبرنا

(بيرجلر) بألا ننخدع بأقاويل المقامرين من أنهم يلعبون من أجل الإثارة أو الهروب من المشاكل ، فالقضية برمتها ترجع للطبيعة المازوخية لديهم . ويؤكد (بيرجلر) ذلك بقولة (اذا كان المقامرين يقولون أنهم يلعبون من أجل الفوز، فلماذا يستمرون فى المقامر برغم خسارتهم المتكررة ،واذا كانت المقامرة من أجل الإثارة فلماذا كل هذه التكاليف الباهظة).

(Bergler,f, 1970 , p 22)

فالخسارة اللاشعورية للمقامر سلاحة نحو تحطيم ذاته (إنتحار بطئ) أو تأكيد ذاته بالرفض والتحدي لسلطة الوالدين أو من يمثلها أثناء الطفولة) فالمقامر المرضى لا يريد المال بقدر ما يريد التمتع بنشوه اللعب والاستئناس بالاذى والألم عن طريق التعامل مع الصدف ، والخسارة المتكررة . وخسارته اليوم او ربحة لا تعني لدية أي شئ . فهناك الغد .. وبعد الغد.

كان أحد المرضى يراجع طبيبه النفسى ثلاث مرات فى الأسبوع للعلاج ، ورأى مرة إثنين يقامران فى عربة القطار ، وكان أحدهما يغش فى اللعب ويربح، وعلى الرغم من تأكد صاحبنا من ذلك، فقد آغراه اللعب واستأسد فيه الداء و لعب مع الغشاش ذاته وخسر بالطبع . وعلى هذا الاساس لا يتوقف المقامر اذا ربح ، وهو البرهان علي أن المقامر لا يمكن أن يكون ثريا عن طريق القمار ويقول مدير كازينو فرنس شهير المقامرة : (لولا إستمرار المقامر على اللعب، لما ربحنا نحن أي شئ اذا أن ربحنا نستمدة من عدم توقفة عن اللعب سواء ربح أو خسر) والمقامر اذ يشعر بالاثم ويستمر فى تحطيم ذاته لتحفيف هذا الشعور ، فانه يجمع بين اللذة والألم، بل هو يبحث عنهما فى اللعبة، وإثارة اللعبة ونتائجها هي مزيج من الإثنين : اللذة والألم ، وهما وجهان للمرض أو ثنائية ، وبالرغم من ذلك فهي كما أوضح فرويد تحدى للأقدار أو كما كان يعترف مقامر (ديستوفسكى) .. كانت رغبتي الغريبة أن أتحدى القدر .. أن أوجه لطمة على أنف القدر ، وابرز له لسانى إستهزاء (**فخرى الدباغ ، ١٩٨٦ ، ٦٠ - ٦١**).

يرى الباحث أن الشحنات الوجدانية المازوخية لدي المقامر تتطابق تماماً مع إنفعالات النشوه والسرور، وذلك رغم ما تنطوي عليه من معاني الألم والعذاب وهى بذلك تنطوي على معنى واحد، (التناقض الوجدانى) فهي مزيج من اللذة والألم و النشوه والعذاب والشقاء مما يجعلنا نقول : أن عذاب المقامرهو مصدر سعادته!

ويشير الباحث إلى أن مازوخية المقامر هى تعبير عن (نرجسيته) ، ولكي ندرك ذلك لابد أن نفترق أولا بين اللذة والألم، فاللذة بطبيعتها تجعل الإنسان يستسلم لها وربما ينسى ذاته فيها ، فيتخلى عن آناه فى أثناءها ، فى حين أن الذات ما تكاد تشعر بالألم حتي تقبع فى داخلها وتنطوي على نفسها، من هنا نستطيع أن نقول أن الألم - والألم وحدة - هو ما يتيح للمقامر الفرصة لأن يلتقى بنرجسيته ويقبع في قوقعة ذاته ، فرغم قسوة الألم إلا أنه الفرصة الوحيدة للإلتقاء بالذات من جديد.وهو ما يتمناه المقامر دائما ، وذلك لأن من طبيعة الألم أنه خبرة لا يشاركة فيها أحد . وتبدو مازوخية المقامر المغلقة بنرجسية مفرطة فى (الانتحار)، فقد يتوهم البعض أن إنتحار المقامر هو كراهية للذات وليس نرجسية ، ولكننا نرى أنة منتهى النرجسية ، إذا ينحر المقامر العالم من حولة قبل أن ينحرة! اذا ينتحر المقامر حتي لا يعطي لذاته الفرصة فى أن يشعر بالندم .

ويشير الباحث إلى أن مازوخية المقامر تبدو فى تلذذة بالألم ، وفى إدراكة أن ما يشعر به من عذاب هو حادثة فريدة ، فالمقامر يدرك تماما أن ألمه فريد فى نوعه، شاذ فى حدته، وأن ما يشعر به من عذاب هو حالة خاصة ، كما أن ذاته هي الأخرى ذات فريدة، فتراة دائماً يردد ما يعبر عن ذلك في كلمات مؤلمة تسعدة فيقول: إتركونى وشأني ، دعونى وحدي ، إن أحداً منكم لا يستطيع أن يقف على طبيعة ألمى أو صميم بواعثي وحقيقة دوافعي وكأنه يتألم بمنأى بعيداً تماما عن العالم ومن حولة ، وهذا ما يجعلنا نقول أن المقامر يتعذب من سوء فهم الناس له .. لكنة سوف يتعذب أكثر لو فهموه.

ويري الباحث أن ما يشعر به المقامر من عذاب وألم قد تكون له قيمتة الإيجابية في نمو وثقل الشخصية، شريطة ألا يوسع المقامر من نطاق هذا الألم وذاك العذاب، وألا يصاحب ذلك، الشعور باللذة ، وأن تكون مشاعر الألم هى مرحلة إنتقالية ، أما وأن ظل هذا الألم وذاك الغذاب شئ دخيل وأساسى في حياة المقامر ويكون له صفة القهر والالتزام ، فذاك هو المرض وتلك هي المازوخية فى أوضح معانيها .

والسؤال الذي يطرح نفسة الآن لماذا ترتبط المقامرة بالسادية والمازوخية فى آن واحد؟ وهو ما نحاول الإجابة علية من خلال عرضنا للتكوين السادومازوخى لدي المقامر .. فيما يلي:

البنية السادومازوخية لدى المقامر.

يري الباحث أن المقامر هو الانسان الوسط الذي يحيا بين السادية والمازوخية دون أن يكون فى وسعة يوماً أن يتجاوز تلك المنطقة الوسطي ، فاذا كان الانسان مخلوقاً من طين ودم ، فان المقامر مصنوع من سادية ومازوخية ! فكل شئ بالنسبة له يمكن أن يشترى ويباع بالألم ، وهذا ما يجعل المقامرة ترتبط دائماً بالسادية والمازوخية، بحيث يمثل أحد أطراف اللعبة السادية والطرف الآخر المازوخية ، ويرجع ذلك لأن المقامرة (رغبة) والرغبة في طبيعتها العنف والعدوان والامتلاك والتسلط، فالمقامرة تتضمن سادية خفية ومازوخية مستترة ومتبادلة فى الآن نفسة، فالظرف الذى يشعر أن الآخر قد استولى علية ، يحاول أن يمارس هذا الإستيلاء من جانبة ، وفى ذلك عدوان خفى ومتبادل .. وإن كان يأخذ شكل اللعب .

والسادومازوخية sadomasochism، هى فعل متبادل بين السادية والمازوخية فى موقف من اللعب المصطنع – *(Eysenck,H. 1972 ,p 112)* والسادية والمازوخية ما هى – إلا تعبير عن الدافع الغريزى ، حيث يوجه الدافع فى السادية نحو هدف خارجى ، بينما يتحول الدافع فى المازوخية ضد الفرد *(kisker,G.1972, p223)*

ويرى البعض أن كل فرد بداخلة مجموعة من الميكانزمات التي تتصل فيها اللذة بالألم ويتم التعبير عن ذلك بطرق مختلفة بين الافراد فى مختلف المراحل العمرية *(soloman,R.1980,P 694)* والفرد السادومازوخى هو الفرد الذى يستمتع بالأوامر والإهانه أو أنه الشخص الذى يقوم بذلك ، وقد يصل الأمر إلى الحد الذى يرغب فيه الفرد بأن يُضرب بالسياط أو يقوم هو بالضرب *(Haas,k, 1979, p 238)* وهذا ما يفسر لنا أن غالبية الساديين يقيمون علاقات مع المازوخيين وذلك للحصول علي الإشباع من خلال التعرض للألم *(Davison, G. Neale, 1976 . 282)* .

فالعدوان إستجابة بشرية خاصة للألم النرجسى ،سواء كان هذا الألم موجها للذات أو نحو موضوع فى التكوينات السادومازوخية ، وربما يخدم جهود الفرد لتعويض صورة ذاته المحطمة . *(stolorow,R. 1975, 446)* وغالباً ما تكون هناك علاقة بين صدمات واحباطات الطفولة والسلوك السادومازوخي . *(Heryog, 1983 , p293)*

إن السادية والمازوخية لدى المقامر وجهين لشئ واحد ، بحيث نجد أن السادية لدية تعبر عن المازوخية ، وكذلك المازوخية تعبير عن سادية ، وكأنه لا يمكن لأحدهما أن يولد إلا من خلال الاخر والخصم اللدود له . والمقامر بذلك لا يستطيع أن يحيا إلا على هذا التقابل بين قطبى الغرائز الجزئية (السادية – والمازوخية) بحيث لا يمكن لأحدهما أن يبلغ الصفر فى المائة أو يصل لحالة التمام الكامل مائة فى المائة، وليس هناك مقامر يرغب فى إزالة ما يشعر به من ألم وخسارة حتي يشعر باللذة الطبيعية التي نشعر بها نحن ، لأنه إذ يفعل ذلك، فإنه يحرم ذاته من القدرة على اللذة، كما أنه فى الآن نفسه لا يحرم ذاته من لذة عذاب الآخرين. فالسادية والمازوخية لدى المقامر، دالتان مرتبطتان ولا سبيل إلى فصلهما، مثلهما مثل كفتى الميزان، كل حركة فى إحدى الكفتين من شأنها أن تحرك الكفة الآخرى. وهذا ما يجعلنا نقول أن المقامر إذ ينظر للسادية والمازوخية على أنها شر، فانهما فى نظره شر لا بد منه، وذلك لما يمثلانه من صور الإغراء المتعدد الذى يأخذ بمجامع قلب المقامر، فتصبح المقامرة سلوكاً يطيب فعله، الخسارة فيها وعد بالفوز الكبير، والفوز وعدٌ بفوز آخر، وبين الفوز والخسارة ألم للذات وللآخرين ومساومات يبدو فيها البعد عن هذا الألم حليف العسر والشدة والصعوبة، بل والألم أيضاً، فإذا كانت السادية والمازوخية التى يمارسها المقامر هبوطاً لأدنى الدرجات، فإن المقامر يرى أن الهبوط أيسر دائما من الصمود، والإستسلام أسهل كثيرا من المقاومة والصمود، وهذا ما جعلنا نقول: أنه بالابتعاد عن المقامرة ترتفع درجة وبالاندماج فيها تهبط ألف درجة.

ويرى الباحث أن ليس ثمة سادية ومازوخية بقدر ما هناك مقامرون سادو مازوخيون أو ما يطلق عليه الباحث (لذة الإنحراف للارادة السادومازوخية) فالمقامر السادومازوخى هو ذلك الشخص الذى يسعى وراء إيلام ذاته والآخرين مستشعراً ضرباً من الذهو فى رؤية ذاته والآخرين متألين، وكأنما هو يفخر بما يملك من قدرة على إحتقار ذاته والتقليل من شأن

عدوى تنتقل بالاختلاط أو الملامسة فقط، وانما هى فى الاساس (لذة انحراف للإرادة السادرومازوخية) التى تغوى نفسها بنفسها، فنجد أن المقامر هو نفسه الإثارة والغواية والمال والضغوط والمشاكل، بل إنه هو الشيطان والألف والياء فى دراما المقامرة، وإن كان لا بد أن تحدث الغواية السادومازوخية للمقامر، فذلك لأن بذورها كامنة فى صميم بنيته. فالمقامرة بذلك لا تحدث إلا من خلال ضعف المقامر ذاته. وماذا عسى أن تكون تلك المقامرة إن لم يكن ضعف وإستسلام ولذة الانحراف للإرادة الساومازوخية؟!

تعريف النظارية : Voyeurism

تعريف سوسو:

النظارية : عبارة عن حفزات أو تخيلات الإندماج فى ملاحظة أشخاص أثناء نشاط جنسى، أو إختلاس النظر peeping ، وتعتبر النظارية إنحرافا إذا تضمنت أفعالاً خطرة أو إذا حدثت فى ظروف لا يتقبلها المجتمع، وغالبية النظاريين لا يستمتعون بالنظر لأزواجهم أو لمن يقيمون معهم علاقات عاطفية، ويؤدى إختلاس النظر لدى هؤلاء إلى الشعور بالاثارة الجنسية، والذى يصاحبه فى الغالب إستمناء، والنظارية مثل الاستعراضية، ليس الهدف منها إقامة علاقة جنسية، فمشاهدة الجسد العارى هو الهدف الأساسى، ويظهر ذلك فى مشاهدة الصور العارية فى المجلات الجنسية أو مشاهدة أفلام السينما الجنسية، أو الذهاب لمشاهدة الراقصات فى النوادى الليلية ***(Sue, S, 1997, p. 309)***

تعريف عبد المنعم الحفنى :

النظارية أو التطلع الجنسى : إنحراف جنسى عكس الاستعراضية أو الافتضاحية أو الإظهارية Exhibitionism ، والتطلع الجنسى مشتق من لذة النظر الطفولية، وهى إحدى الغرائز الطفولية الجزئية، والنظارية تحل محل الفعل الجنسى الصريح ، والشخص الميال للنظارية يبحث دائما عن الإشباع بمشاهدة إمرأة عارية أو بمشاهدة أشخاص مجردين من الملابس أو فى حالة جماع جنسى، وقد يصحب النظارية ممارسة العادة السرية، والنظارية هى السلوك الجنسى الوحيد عند الخجول أو الذى تعرض لكف شديد، ويرى بعض علماء النفس أن هذا الشخص يسيطر عليه قلق الخصـــاء ويجد فى النظارية إشباعاً جنسياً دون خطر *(عبدالمنعم الحفنى،١٩٩٤،٩٥٩)*.

تعريف حسين عبد القادر :

نزعة غرزية جزئية تقوم على تشبيق الأحاسيس البصرية وعندما تكون مسرفة بشدة فهى تقاوم الانتظار تحت زعامة الانسالية. ومن عادة الأسوياء – كما يذكر فرويد – أن يتوقفوا عند الهدف الجنسى المتوسط، عندما يكتفون بالنظر المصبوغ بصبغة جنسية، وقد يتعالون بالنظارية

فى إتجاه الفن بأشكاله المتعددة، أو البحث العلمى، وقد تصبح النظارية إنحرافا إذا ما إقتصرت على الأعضاء التناسلية وحدها، أو إذا ما حلت محل الهدف الجنسى السوى بدلاً من أن تكون مجرد تمهيداً *(حسين عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٨٠ - ٨١)*.

تعريف بوتزن وأكوسيلا

النظارية نوع من أنواع الاشباع الجنسى عن طريق الملاحظة السرية للنشاط الجنسى للآخرين، ويصحب هذه الملاحظة ممارسة بعض الأفعال الجنسية كالعبث ببعض الاعضاء الجنسية وربما ممارسة الاستمناء ***(Bootzin, R. & Acocella, J. 1988, p 323)***

تعريف شيلدون كاشدان

النظارية هى حصول الفرد على الإشباع الجنسى من خلال إستراق النظر إلى إمرأة تخلع ثيابها أو إلى رجل وإمرأة فى وضع جنسى، وغالباً ما يلجأ الفرد إلى أساليب متخفية فى سبيل تحقيق إشباع حاجاته الجنسية وذلك لخوفة من الآخرين ***(شيلدون كاشدان، ١٩٨٤، ٨٨)***.

تعريف فيصل الزراد:

النظارية هى الحصول على اللذة الجنسية عن طريق مشاهدة عملية الجماع الجنسى بطريقة مباشرة أو عن طريق التخفى. وغالباً ما يكون الفرد النظارى من الذين يعانون من الحرمان الجنسى، أو من المصابين بالضعف الجنسى. وقد يكون هذا الشخص قواداً للنساء ***(فيصل الزراد، ١٩٨٤، ١١٢)***.

تعري بيللاك وآخرون:

النظارية هى الحصول على الاشباع الجنسى من خلال رؤية النظارى لنساء عاريات أو شبه عاريات بدون قبول أو موافقة هؤلاء النساء، وغالباً ما يكون النظارى من المصابين بالضعف العقلى ومدمنى الكحوليات ***(Bellock, A. et al, 1981, p. 701)***.

خلاصة وتعقيب :

يرى الباحث أن معظم التعريفات ترى أن النظارية فعل جنسى فقط يتلذذ فيه الفرد بالمناظرة العارية التى لا بد أن تحدث خلسة وفى السر، وربما يصاحبها ممارسة العادة السرية، ويصل حد المبالغة من قبِل بعض الباحثين ليذكر أن النظارى مريض بالضعف الجنسى أو أنه قواداً للنساء ويعانى من الحرمان، ويرى الباحث أن النظارية ليست جنس، وإنما هى مجموعة من السلوكيات التمهيدية للسلوك الجنسى، ويتفق الباحث مع حسين عبد القادر، من أن النظارية تصبح إنحرافاً إذا ما حلت محل الهدف الجنسى السوى بدلاً من أن تكون تمهيداً له.

كما يرى الباحث أيضاً أن النظارية قد تشمل سلوكيات بعيدة عن الجنس، مثل كشف أسرار الغير عن طريق إستراق النظر، كما أنها تعبر عن الانحراف والمرض فى علاقتها بالموضوعات الجنسية وغير الجنسية إذا كانت تتميز بالطابع القهرى الإلزامى للفرد، وإذا كان الفرد يسترق النظر لموضوعات لا تحقق له فائدة، فهو ينظر من أجل النظر ، إذ أصبحت النظارية لديه وسيلة وغاية فى آن واحد.

وفيما يتصل بالموضوعات الجنسية يصل القهر للحد الذى لا يستطيع الفرد معه ممارسة الجنس دون النظر لبعض الموضوعات الأخرى التى لا تتصل بالموضوع الجنسى الواقعى الذى يمارس معه الفرد الجنسى، وهذا ما يفسر إقبال البعض على مشاهدة الصور والأفلام الجنسية قبل ممارسة الجنس، وقد تكون النظارية وسيلة من وسائل الشحن الجنسى والرغبة فى إستحضار الإثارة.

وفى ضوء ذلك يعرف الباحث النظارية بأنها : مجموعة من السلوكيات الجنسية وغير الجنسية التى تهدف لتجريد الموضوع من إرادته وإخضاعه تحت إمرة الذات من خلال إستراق النظر وكشف ما خفى من خصائص الموضوع، وتعتبر النظارية فعل سوى إذا كان الغرض منها حب الاستطلاع وشحن الطاقة النفسية، أما إن أصبحت وسيلة وغاية قهرية يتوقف الفعل عليها، باتت مرضاً، إذ تصبح إنخفاض من الفعل إلى المشاهدة.

طبيعة وديناميات النظارية:

يرى الباحث أن النظارية ليست مجرد رؤية، بل هى إدراك حسى، يعمل على إعطاء معانى لا حدود لها للرؤية، تلك المعانى التى لا تقف عند حدود الجنس، بل تتعدى ذلك لتشمل الإنفعال والعاطفة والوجدان والنية والوقوف على أعتاب الفعل، وتشمل أيضاً الرغبة فى كشف السر وهتك الحجاب وفك الرموز، مما يجعلنا لا نقول أن فى البدء كانت اللغة، أو فى البدء كان الفعل، وإنما فى البدء كانت الفضيحة! ولما لا؟ وقد نزل آدم على الأرض بفضيحة. وما أصدق عبارة (سارتر) القائلة: (أن الجحيم هم عيون الاخرين).

ويشير الباحث إلى أن النظارية فيما يتصل بالجنس لا تعبر عن الجنس، بقدر ما هى الطريق إلى الجنس، والتمهيد للإشباع، فهى رغبة وليست فعل، كما أن الاشباع فى الجنس يختلف أيضاً عن الرغبة فى النظارية، إذ أن الإشباع الجنسى يمكن الحصول عليه بأيسر السبل، وبدون تفكير أو عناء، سواء كان ذلك ذاتياً (إستمناء) أو من خلال الآخر، وهو إشباع ينتهى فى أفضل الأحوال بالوخم والخمول والتبلد الذهنى، أما الرغبة فى النظارية كلما إشتدت زادت الهمة والنشاط، فإذا كانت لزوجة الأجساد تحرك الجنس وتطفئة أيضاً، فإن نظرات الأعين تحرك الجنس ولا تطفئة، وإذا كان فى الجنس شبع، فإن النظارية لا تعرف الشبع، إذ قضى على النظارى بالتشوق والنزوع والالتياع والجوع، دون أن يصل يوماً إلى الشبع، فالنظارية جنس مختلف عن جنس الغريزة والجسد أو كما يسميه الباحث (الجنس العقلى) فالنظارى لا يكفيه الاشباع الجنسى، وإنما يتمسك بالنظر الذى يمنحه لذة الجنس (العقلى) والذى ينقله أيضاً إلى (الجنس الجسدى) وطريق النظر طريق لا ينتهى وهو الذى يجعل اللذة قريبة وسهلة تتحقق مع أول لمسة جسد، وبلغة بافلوف فإن النظارية لا يحدث لها الإنطفاء بالحرمان، ولا يقتلها غياب الصورة لأن الطرف الآخر يظل شاخصاً فى الخيال.

وقد ربط فرويد بين اللمس والنظر لبلوغ الهدف الجنسى، حيث إعتبر النظر مستمداً من اللمس ولما يذل الانطباع البصرى طريقا يفضى عادة إلى التهيج الليبيدى، والانتخاب الطبيعى، وإعتبر أن موقف الحضارة ومسايرتها فيما يتصل بستر الجسد، تدريجيا، يوقظ التطلع الجنسى الذى يسعى لتكملة الموضوع الجنسى بالكشف عن أجزاءه المستورة، وهو ما يمكن

تحويله جهة الفن، لكنه يصبح إنحرافاً إذا إقتصر على الأعضاء التناسلية وحدها أو ارتبط بالاشمئزاز، كما هو الحال لدى محبى النظر الذين ينظرون إلى وظائف الإخراج، أو إذا حلت النظارية محل الهدف الجنسى السوى (**سيجموند فرويد ١٩٦٣، ٤٧-٤٨**) وكثيرا ما تشجع الثقافة سلوك النظر الجنسى، إذ أن كثير من الإنحرافات تعتمد على تنبيه الجنس واثارته من خلال النظر كالمجلات الجنسية والافلام السينمائية (***شيلدون كاشدان، ١٩٨٤، ٨٨***) وغالباً ما يصاحب ذلك ممارسة الاستمناء، سواء كان ذلك أثناء النظر أو بعده مباشرة، ويبدو عنصر (المخاطرة) مهما للإثارة الجنسية لدى النظارى، لذا نجد بعض النظاريين يجدون متعة خاصة فى مراقبة فردين يمارسان العلاقة الجنسية فى جو من السرية، وتعكس هذه المتعة فى الآن نفسه خوف من الإتصال الجنسى المباشر.

(Davison, G & Neal, j. 1974, p. 278).

فالنظارى مثل الاستعراضى، عادة ما يكون خجولاً وغير عنيف، بجانب أنه غير كفء جنسياً، ومنعزل اجتماعياً. *(Bellack, A. et. al, 1982, p 702) (Haas, K, 1979, p 237)*
وقد تتجه النظارية بشكل أو آخر إلى مشاهدة المصائب والحوادث ومشاهدة الحرب والعمليات الجراحية، وهذه النظارية تمثل نزعات إخصائية سادية إيجابية، وقد إنخفضت من الفعل إلى المشاهدة، فإحلال النظر محل الفعل يجعل الأشخاص الذين يعانون صراعاً حول ما إذا كانوا يستمرون أو لا يستمرون مع حفزة ما، يتطلعون إلى شخص آخر يؤدى عنهم الفعل. ***(أوتوفينخل،١٩٦٩، ٦٣٤)***

والمنحرفون النظاريون يتوحدون على نحو لا شعورى بالموضوع الذى يشاهدونه، ومن هنا فانهم يعيشون اشباعاً إستعراضياً على المستوى اللاشعورى، ومن ثم فنظاريتهم تعتبر بمثابة إنكار للرغبة الأصلية الإستعراضية وإشباع للمتطلبات اللاشعورية للأنا الأعلى، ومن هنا فإن الانحرافات تنتج من ميكانزمات دفاعية. تتكشف عن تكوين مصالحات ترضى عنها الأنا، إذ لا يهتم المنحرفون النظاريون ولا الاستعراضيون باشباع رغباتهم إلا عندما يكون هذا الاشباع ممنوعا (***سامية القطان، ١٩٨١، ٥٨***)

ففى لا شعور النظاريين توجد نفس النزعات التى هى عند الاستعراضيين، فالخبرات الطفلية التى تم تثبيت النظاريين عليها، أحياناً تكون مشاهد حققت الطمأنينة، ولكن فى الغالب الأعم يكون النظاريون مثبتين على خبرات، قد آثارت لديهم قلق الخصاء من مشاهد بدائية أو رؤية أعضاء إنسال الراشدين، فقد تنشأ لدى النظاريين حالات من الشره والولع بالنظر إلى الموضوعات، وقد يؤدى ذلك لإزاحة إهتمام النظارى من أعضاء الإنسال إلي أنشطة اللذة التمهيدية وقبل الإنسالية، وقد تكشف الرغبة النظارية عن دلالة سادية تتمثل فى إزاحة الإهتمام من التدمير (الإخصاء) إلى النـــظر لتجنب مشاعر الإثم والشعور بالذنب، وكقاعدة عامة، فإنهم يفشلون فى ذلك، حـــيث يكتســـب النظر الدلالة اللاشعورية للحفزة الأصلية. ***(أوتوفينخل، ١٩٦٩، ٦٣١-٦٣٣)*** حيث أنهم يزيحون إهتمامهم من الخصاء إلى النظر لتحقيق لذة مطمئنة تتصل بقدرات مطلقة سحرية تتسم بالطبيعة المسرفة فى التناقض الوجدانى، وفى كل الأحوال ها هى النظارية تتصل مرة أخرى بالا ستعراضية (سادية) التى تمثل الجانب السلبى للنظارية (مازوخية) ***(حسين سعد الدين، ١٩٩٥، ١٥)***.

ويقسم (أوليفين) النظاريين لثلاث فئات :

١ - النظارى الجنسى غير الناضج عاطفياً.

٢ - النظارى القهرى.

٣ - النظارى العدوانى

أما النظارى الجنسى غير الناضج عاطفياً، يحرص دائما على ألا يضيع منه فرصة لرؤية منظر مغرى، غالباً ما يكون خاص برؤية النساء، لذا يطلق عليه متلصص الفرص وهو أكثر أنواع النظاريين شيوعاً.

وفيما يتصل بالنظارى القهرى والذى عادة ما يكون وسواسياً أو مندفعاً تجاه مشاهداته التى قد يصل به الأمر لتبوين ما يراه فى أحد السجلات، محددا زمن حدوثها ومكانها، كما قد يكون منحرفا جائلاً، وصانع فرص، ولديه أماكنه ونوافذه ومنازله ويتبع نظاما خاصا عندما يتملكه الدافع إذ يتوقف حصوله على الإثارة الجنسية من خلال ما يراه وربما يمارس الاستمناء فى أثناء التلصص، لذا يلعب الخيال دوراً أساسياً فى إحداث الإثارة الجنسية لديه من خلال

السادية الكامنة بداخله والتى تحقق الإشباع والمتعة لديه، وذلك من خلال تخيله للضحية، ومن ثم يستطيع توقيع الاهانة للموضوع.

والنظارى العدوانى يكثر بين الشخصيات السيكوباتية والمتسولين والمتشردين والمتأخرين عقلياً. وقد وجد أن هذه الفئة من النظارين قد تطور فيما بعد للقيام بعملية الإغتصاب. وتتميز هذه الفئة بالمرونة فى إستخدام الخيال لمشهد التلصص للحصول على الاشباع الجنسى .
.*(Oliven, J. 1974, p. 491-492)*

النظارية لدى المقامر:

يرى الباحث أن خبرة النظر من أهم الخبرات وأخطرها فى حياة المقامر، فهى ليست مجرد إنفعال أو عاطفة ووجدان وانما هى إتجاه وسلوك، القاعدة الأساسية فيه: ان ما خفى كان أعظم، والنظارية لدى المقامر لا تعنى الامتزاج أو التطابق او الاتحاد التام مع الموضوع، ذلك لأن من شأن النظارية لديه أن توسع من عالم الخبرة لديه وأن تثرى مضمون هذه الخبرة بمضامين أخرى جديدة دون أن يكون من شأنها أن تحقق للمقامر يوماً الاشباع أو الانطفاء.

ويشير الباحث إلى أن المقامر نظارى بطبعه، والنظر لديه لا يعبر عن وعى مريض مشوه، بقدر ما يعبر عن حالة عميقة مليئة بالاستبصار، فمن خلال نظرته يبدو قادرا على التنبؤ، وفهم كثير من أنصاف الحركات والافعال، ويدرك الكثير من وراء أتفه العلامات، فيقرأ ما يدور على الشفاة وما تعبر عنه العيون، فيرى فى لمح البصر ويفهم منذ الوهلة الأولى، ويدرك أعقد الحالات الباطنية، وربما كان أعجب ما فى النظارية لدى المقامر أنها نوع فريد من الادراك الحسى، فالادرك - وأى إدراك - يقوم على بعض المعارف الأولية والتعميمات والاستنتاجات. أما الإدراك المتمثل فى النظارية لدى المقامر لايقوم على معرفة أولية ولا على إستنتاج أو تعميم، بل يقوم على العيان والمشاركة عن بعد، أو المشاركة الخيالية التى يحاول المقامر من خلالها أن يمسك بحبال اللاشئ، وذلك تحت وهم القدرة على التحكم، إذ أن غالبية المقامرين لديهم شعور بالقدرة على التحكم فى الأشياء والموضوعات.

والنظارية لدى المقامر هى فى الأساس فعل (سادى) يحاول من خلالة أن يضرب الآخر فى العمق من خلال معرفة جوانب ضعفة وقوته، بل والإستمتاع بهتك سره دون أن يدرى. ويتضح ذلك أثناء ممارسة المقامرة، بحيث يعتمد المكسب والخسارة لدرجة كبيرة على كشف ما لدى الآخر من إمكانيات، وكذلك فى قدرة المقامر على حجب أوراقة عن المقامر الآخر.

وتعتبر النظارية بين المغامرين - أو إن صح التعبير سرقة النظر - من المهارات الأساسية للمقامرة، والتى يفتخر بها كثير كثير من المقامرين، مما يشير فى مستوى آخر، إلى أن النظارية لدى المقامر هى فى الآن نفسة نوع من الاستعراضية. وكأن النظارية بذلك أحد

قوانين المقامرة، والتى تقوم على التضليل والنفاق وسوء الطوية وخداع الآخرين. معنى ذلك أن النظارية تجعل من المقامر كائناً يعيش فى الباطل ولايعرف الحق، وذلك لأنه إخترع طريقة تغنية أحياناً مشقة العمل، وأعنى بها النظر، والتى أصبحت من خلالها رقعة التضليل من السعة بحيث أن العالم الواقعى يختلط بالخيالى. وربما كان سوء الطوية الذى يتميز به المقامر هو المسئول عن كونه نظارى ويستخدم من النظارية سلاح له فيدعو للوجود ما هو موجود لدى الآخرين.

ويرى الباحث أن غاية ما يطمح إليه المقامر النظارى هو أن يصل إلى المكاشفة التامة مع موضوع النظر، وأن تزول بينهما الفوارق والمسافة، وهو نوع من التوحد الشاذ المريض، بحيث يود المقامر أن يكون هو الموضوع، لكى ينتهى السر ويهتك الحجاب. ولشدة هذه الرغبة، قد يتوهم المقامر أنه على علم بكل ما لدى الآخر، وهو وهم شائع وخطأ بات من كثرة التداول لدى المقامرين حقيقة مسلم بها، ترجع فى الأساس لوهم القدرة على التحكم ***(Illusion of control)***

وفيما يتصل بالجنس: لو إنتهت العلاقة بين النظارى وموضوعة وأصبح هناك نوع من التوحد، لتحولت النظارية إلى جنس، أى أنه يحدث إنتقال من (الجنس العقلى) إلى الجنس الجسدى. فالنظارية تلامس أسرار ومحاولة للتعرية والإنكشاف، وليست إقتراب وزوبان وتلاحم وإتصال.

ويرى الباحث أن النظارية لدى المقامر، تعبر عن ضعف وانعدام للحيلة، لذا نرى المقامرين إذ يشعرون بضعفهم يمارسون أفعال النظر سراً، فذلك ضعف لا يرغبون أن يطلع عليه أحد، وذلك برغم أنه قد يكون أمراً معروفاً ومشترك مع من حوله، إذن النظارية لدى المقامر، شأنها لدى أى إنسان آخر، تظهر طالما كان هناك فضول، وتشتعل طالما كان هناك سر، والسر بطبيعته يشعل الخيال والحلم، وهما المادة الأساسية للمقامر النظارى، والعامل الأساسى الذى يعلو به المقامر على الواقع، والذى بدونها تتحطم النظارية وتنكسر على أرض إشباع الغرائز.

والنظارية لدى المقامر تمثل أيضاً سادية ونرجسية وطمع فيما ليس للمقامرحق فيه، فالنظارية كراهية ومحاولة لافتضاح الآخر بما لا يليق، وهى بذلك تعكس قسوة ونرجسية يحاول فيها المقامر أن ينال من الآخر ويقيدة ويلغى إرادته ويستهلكه، وربما يقضى عليه (لكنة ليس قضاءً مبرماً) وذلك بأن يجعل من نفسه بالنسبة للآخر «كن فيكون١» وللمقامر النظارى أدواته فى ذلك والتى تشمل أدوات أولية وأخرى ثانوية، أما الأدوات الأولية فتشمل الحلم والخيال والقدرة على التوقع، وتشمل الأدوات الثانوية: التجسس، ومحاولة القرب وليس الإقتحام، وإختراق الخلوة والصمت، وكشف الستر والغطاء والتلصص والسلب والاغتصاب عن بعد دون مشاركة واقعية.

ويشير الباحث إلى أن النظارية لدى المقامر توضح أن ما هو متاح لديه من الموضوعات لا يكفى ذاته وأنه لا بد من الاستناد إلى إختراق الآخر وتجاوز حدود الذات باتخاذ الخطوات السرية نحو الآخر، والمقامر بذلك يحاول أن يعطى معانى كثيرة لكافة الموضوعات التى يشاهدها فلا يكون ثمة نهاية لمعنى الموضوعات، ما دامت نظرته قد إستطاعت أن تخترق أسرار المو ضوع خلسة، وذلك لأن المقامر لا يحبس موضوع النظر فى إطار محدد، بل إن نظرته تستطيع أن تحرك العالم الخارجى عن طريق ما تفرض عليه من معانى، وكأن حال المقامر يحاول أن يفرض على الدنيا تنظيماً جديداً من خلال نظراته. معنى ذلك أن التأثيرات القادمة من الخارج لا بد وأن تخضع لاتجاهات المقامر الداخلية المريضة، تلك الإتجاهات التى تحدد لدرجة كبيرة إدراكه وسلوكه، مما يعنى أن الموضوع الخارجى – بما فى ذلك الآخرين – كامن فى المقامر، وكأنما هو يبحث عن نفسه خارجاً عن ذاته.

وهكذا يتضح لنا أن المقامر من خلال النظارية لا يستطيع أن يعيش إلا بمقتضى تلك الحركة المستمرة التى ينتقل فيها من الواقعى إلى الممكن ومن الممكن إلى اللاواقعى، ومن المحتمل إلى المحال، لذا فهو دائم الصراع.. بل ويوسع من دائرة الصراع.

والنظارية لدى المقامر لا ترصد صور فقط وانما تميز وتتخير وتستبقى، ولكن بطريقة مرضية، إذ يرى المقامر ما يريد أن يراه، ويدرك ما يريد إدراكه، كما أنه يغلق عيناه عما لا يحب أن يراه، وعندما يبصر فقد يروى غير ما أبصره، وذلك لان لديه بنية نفسية مريضة تنسى، وتركب، وتبدع أشياء لا وجود لها.

تعريف الإستعراضية : Exhibitionism

تعريف سوسو :

الاستعراضية هى محفزات أو أفعال أو تخيلات حول إظهار الفرد لأعضائه التناسلية للآخرين الغرباء عنه، وغالباً ما يريد الفرد من وراء ذلك أن يصدم الآخرين ويدهشهم، ومعظم الاستعراضيين هم من الرجال، والضحايا من النساء، والهدف الأساسى من وراء الاستعراضية هو تحقيق الإثارة الجنسية وليس الإتصال الجنسى بالآخرين.

(sue, s. 1997, p. 308-9)

تعريف عبد المنعم الحفنى

الاستعراضية أو حب الظهور أو الإستعراض. يحقق للفرد بعض الإشباع الغريزى بعرض نفسه، ويفوز الانسان السوى بمتعة ثانوية بأن يكون محط الأنظار، بينما يفوز المنحرف أو المريض بمتعة رئيسية تصل لحد الإنزال عندما يلفت الأنظار إليه، ويظهر التعرى أو الاستعراض الطفولى للعورة فيما بعد فى شكل إنحراف جنسى هدفه إثارة الدوافع الجنسية، ومن هنا كانت الطبيعة النكوصية الاستعراضية الراجعة إلى الشعور بالعجز الجنسى الذى يؤدى إلى الحاجة إلى تأكيد أن القضيب قادر وفعال. ***(عبدالمنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٨٧)***.

تعريف حسين عبد القادر :

إحدى الدفعات الغريزية القهرية، التى تشير إلى أن الدافع الجنسى الغريزى يوجد منذ البدء فى حالة متعددة الاشكال، والاستعراضية هى الوجه السالب للنظارية عدما تحل محل الهدف الجنسى السوى وتقهر صاحبها أو صاحبتها لعرض الأعضاء التناسلية أو أجزاء أخرى من البدن يلزم الواقع بسترها، ويكشف التحليل النفسى لهذا الإنحراف، وفى كل الانحرافات عن تنوع غير متوقع من الدوافع والدلالات، وان كان الدافع القهرى للاستعراضية وثيق الصلة بعقدة الخصاء ففيه تأكيد كامل لسلامة الأعضاء التناسلية لدى الذكور واستعادة للاشباع الطفلى الناتج عن عطل المرآة من القضيب، وقد يصل الإنحراف لأقصى مداه عندما تحل الاستعراضية محل الهدف الجنسى السوى، وهو أمر غالب لدى هذه الزمرة من المرضى بهذا الإنحراف. ***(حسين عبدالقادر وآخرون، ١٩٩٣، ٨٤-٨٥)***.

تعريف جومى:

إنحراف جنسى يؤدى للتقزز والضيق أكثر منه تهديداً، وهو يختص بالذكور دون الإناث، وفيه يقوم الفرد بعرض قضيبه أمام الموضوع، والذى عادة ما يكونوا فتيات المدارس، بهدف إصابتهم بنوع من الصدمة وإثارة الدهشة، وعلى الضحية عدم الضحك أو السخرية والاستهزاء من المستعرض، حيث يؤدى ذلك إلى قيام المستعرض بضرب الضحية، ولكنه لا يقود لعملية الإغتصاب *(Comez, z, 1991, p. 108)*.

تعريف بوتزن وأكوسيلا:

الاستعراضية نوع من الاشباع الجنسى عن طريق عرض أحد الأعضاء التناسلية للآخر دون قصد منه. *(Bootzin, R., and Acocella, j. 1988, p. 323)*.

تعريف سعد جلال :

الاستعراضية، كشف العورة علنا للنساء فى مكان عام، مما يضفى على الفاعل لذة جنسية لا يجدها فى غير هذا الفعل، والمصابون بهذا الانحراف عادة ما يكونوا من الرجال المسنين، وهم غالباً خجولين ويعتريهم شعور بالعار مع فقدان القدرة على التحكم فى دوافعهم ويرجع ذلك لعدم حل عقدة أو ذنب، بجانب عقدة الخصاء عند الفرد.

(سعد جلال، ١٩٨٦، ٤٢٠).

تعريف أرثر ريبر

الاستعراضية: إتجاه قوى يجعل الفرد يتخذ من نفسه مركزا ثابتا للإنتباه، ويصف البعض الاستعراضية بأنها قهرية عندما يضطر الفرد لعرض أعضاءه التناسلية فى ظروف غير ملاءمة إجتماعيا، وتختلف الاستعراضية بهذا المعنى عن الحاجة إلى الاستعراض، إذ يشير هذا الأخير إلى الحاجة الملحة لأن يكون الفرد مركزاً لجاذبية الآخرين وتسليتهم، والترويح عنهم، وربما إحداث الصدمة لهم. *(Reber, A. 1987, p. 160)*.

خلاصة وتعقيب :

معظم التعريفات التى تناولت الاستعراضية تنظر لها نظرة أحادية قاصرة على الجانب الجنسى، من خلال إظهار العورة أمام الآخرين وفى أوقات غير ملاءمة، وأشارت التعريفات إلى أن الاستعراضية تعتبر إنحرافا إذا كانت تتميز بالقهر والإجبار، وإذ حلت محل الهدف الجنسى، فإذا كان الاستعراض بديل عن اللقاء الجنسى، باتت الاستعراضية إنحرافا، وهو ما يتفق معه الباحث، وتشير بعض التعريفات إلى أن الهدف من الإستعراضية هو إحداث نوع من الدهشة للآخرين، وتحقيق نوع من الإثارة، وذلك حتى يظل الاستعراضى محط الأنظار، ويؤدى ذلك إلى تأكيد قدرة الفرد.

وقد أشارت بعض التعريفات إلى أن الاستعراضية تشمل الرجال دون النساء، وهو ما لا يتفق معه الباحث، إذ تكثر الاستعراضية (الجنسية) بين الإناث، وبدرجة كبيرة عن الرجال، إلا أن الاستعراضية غير الجنسية تكثر بين الرجال دون النساء، وذلك من حيث الإعتداد بالذات والرغبة فى أن يكون الفرد محط أنظار الجميع وأن يكون هو مركز الجماعة.

ويرى الباحث أننا عندما نتحدث عن الاستعراضية، لا بد أن ندرك أن ثمة (معانى) وليس (معنى) للاستعراضية، وذلك لأنها من السعة والتعقد واللانهائية بحيث يصعب أن نقصرها على المعنى الجنسى فقط، حتى أن هذا المعنى الجنسى له مستويين: مستوى ظاهر يتمثل فى عرض أجزاء من الجسم (دال) ومستوى تحتى يتمثل فى الغرض من استخدام الجسم (مدلول) مما يجعلنا نتساءل لماذا إستخدم الاستعراضى (الجسم) ليكون الأداة التى يخترق بها الآخرين؟

إن الاستعراضية لا تقف عند حدود الجنس بل تشمل جوانب عديدة تتمثل فى الإثارة، وجذب الانتباه، وتأكيد الذات، والمخاطرة، والاحساس بالقوة والسيطرة والقدرة على التحكم فى الموضوعات، وكأن الفرد من خلال الاستعراضية لا يريد أن يكون مركز الجماعة، بل يريد أن يكون مركز الكون!

وبناء على ذلك يرى الباحث أن الاستعراضية :

سلوك فردى يمتد من السوية الى المرض، ويشمل موضوعات جنسية وغير جنسية، ويتم تفعيله من خلال الذكور والنساء، وتصبح الاستعراضية أمراً سوياً إذا كانت وسيلة لغاية، وتشير للمرض إذا أصبحت غاية فى حد ذاتها وتشمل على القهر والإجبار والإلزام، وتشمل الاستعراضية على موضوعات جنسية من قبيل تعرية الجسد عمدا لشد إنتباه الآخرين دون الرغبة فى اللقاء الجنسى مع الطرف الآخر، إذ أن هناك دائما مسافة بين الرغبة وإشباعها، وتتمثل الموضوعات غير الجنسية فى المخاطرة وحب الظهور، والاعتداد بالذات، وتحقيق القوة والسيطرة والتفوق على الآخرين سواء خيالياً أو واقعياً.

ولكى نتحقق من ذلك لا بد أن نعرض لطبيعة الاستعراضية وديناميتها فيما يلى :

طبيعة وديناميات الاستعراضية :

يكشف لنا تاريخ الاستعراضيين عن ميل المريض الزائد إلى أمه، الأمر الذى يؤدى به إلى أن ينمو نمواً إنفعالياً غير مكتمل، والإستعراضية مظهر عصابى ووسيلة دفاعية يلجأ إليها المريض ليلفت نظر المشاهد إليه ويجبره على أن يشاهد ما يريد أن يظهره له، وتتصف النساء عموماً بنوع عام من الإستعراضية يتقبلها المجتمع ويعدها طبيعية، ويفسرها البعض بأنها حسد القضيب وتعويض عن نقصهن، ويرى البعض أن الاستعراضية وسيلة دفاعية يلجأ إليها بعض المرضى بالاكتئاب والبرود الجنسى والخوف من فقدان الهوية (كأنما يقول لنفسه هأنذا قد لفت نظر الناس فأنا موضع نظرهم، فأنا موجود فعلاً) والاستعراضية السافرة للأعضاء الجنسية غير معروفة عند النساء، ومعظم الاستعراضيات فى العشرينات من العمر وأكثرهن مراهقات، أما متوسطو العمر والشيوخ من الإستعراضيين، فمرضُهم دليل على الضعف المتزايد لقوتهم الجنسية، وقد يكون عرضاً لتلف عضوى بالجهاز العصبى المركزى .

(عبدالمنعم الحفنى، ١٩٩٤، ٢٨٧) .

وتوجد الاستعراضية فى كثير من إضطرابات الشخصية، مثل إدمان الكحوليات وإشتهاء الأطفال، والشخصيات السيكوباتية والتخلف العقلى والعدوانية ***(Haas, K, 1979, p. 236)***، ويتصف الاستعراضى بأنه سلبى، خجول وغير مستقل، ويفتقد الشعور بأنه رجل كامل، ولا يستطيع إقامة علاقات إجتماعية مع الآخرين، كما يجد صعوبة فى التعبير عن غضبه، وربما يعانى من الاختلال الوظيفى الجنسى ***(Bellack, A: 1982, p 699)*** ونادرا ما يكون لهم أصدقاء، ورغم تسلط أمهاتهم، إلا أن علاقتهم بالألم غير متوترة، وقد يرجع ذلك لأنهم يفضلون الإنسحاب، مما يؤدى لخوفهم من إقامة علاقات خاصة مع الفتيات، وقد يكون ذلك تعبيراً عن الخوف من الخصاء. ***(Evans, j. 1982, p. 281)*** وقد يؤدى ذلك فيما بعد لأن تكون علاقتهم بأزواجهم غير مستقرة. وقد تأخذ الاستعراضية أشكالاً كثيرة، منها: إجراء المكالمات التليفونية الفاضحة دون القيام بأى سلوك جنسى إنحرافى، أو إرتداء ملابس الجنس الآخر ***(Dalby, J. 1988, p 2)***.

والاستعراضيون يندرجون فى نوعين أساسيين: أولائك الذين يتورطون فى السلوك الاجرامى، والذين لا يأتون بسلوكيات إجرامية، أما النوع الاجرامى، فهو يميل إلى السوسيوباتية وإظهار السلوك العدوانى، ويتوقع هذا الاستعراضى أن الآخرين سوف يذهلون من أفعاله سواء بالإعجاب أو عن طريق الإشمئزاز. ومعظم الاستعراضيون من الرجال يريدون ان تشعر المرأة بالخوف والاشمئزاز، وغالبيتهم لا يريدون الجنس إلا إذا كانت المرأة أكثر نضجاً وتفتحاً، ودائما ما يشعرون باللذة من إسترجاع ذكرياتهم التى مارسوا فيها الاستعراضية، بل إنهم قد يرجعون للأماكن التى مارسوا فيها ذلك، وقد يتناول الفرد منهم الكحوليات قبل الاستعراضية، حتى لا يكف عن ذلك ***(Sue,s, 1997, p. 309)***.

وهناك الاستعراضى ذو النموذج العدوانى البسيط والذى يقوم بالاستعراضية كتعويض عن خيبة أمل أو صدمة إجتماعية، والنموذج المخاوفى للاستعراضية يحدث نتيجة لفقدان الامان. ***(Rosen, 1964, p 3)***، ويرى البعض أنه قد تكون عرضاً ثانوياً تابع لمرض معين، أو أنها ظاهرة تنشأ من نزعة وسواسية ***(Moher, et al., 1964, p.112)***.

الاستعراضية لدى المقامر:

يرى الباحث أن الاستعراضية لدى المقامر لا تقف عند حدود الجنس، بقدر ما تتعداه إلى جوانب كثيرة من السلوك تشمل وهم القدرة على التحكم والمخاطرة، والإثارة والرغبة فى التحرر، وفوق هذا كله تمثل الإستعراضية قهراً وإجباراً وإلزاماً حيث لا يستطيع المقامر التخلى أو التنازل عنها، فهو دائما فى حاجة لأن ينتزع الاعتراف من الآخرين بأنه الأفضل والأحسن ويبدو ذلك واضحا فى المبالغة فى قدرته على التحكم فى أمور اللعبة، وأنه بمقدورة ان يسيرها حسب إرادته، وكأنه (كن فيكون) وهذا ما يسمى بوهم القدرة على التحكم il-lusion of. control وهو نوع من أنواع الاستعراضية، ورغم أن الحظ كثيرا ما يخونه فى المقامرة، إلا أنه يصر على قدرته هذه، ووهمهم الذى لا ينقطع، وهو وهم مريض يشمل كل السلوكيات التى تعتمد على الخبرة فى اللعب وكذلك الذى يعتمد منها على الحظ، وربما يؤدى ذلك لأن يخفى المقامر خسارته للآخرين إذ يتظاهر دائما بأنه المنتصر والفائز، وان كان ولا بد أن يدرك الآخرين خسارته الفادحة، فإنه يبرر ذلك بتهاونه ورغبته فى الاثارة وأنه مل الفوز الدائم المستمر.

ويشير الباحث إلى أن الاستعراضية لدى المقامر، إذ تمثل قهر وإجبار والزام، إلا أنها مع ذلك تبدو له (حرية) حيث يصبح المقامر هو نفسه الأداة لتحقيق ذاته فكونه مركز الجماعة والعفريت الذى يأتى بكل شئ يحقق له لذة حقيقية، وذلك على الرغم من أن الاستعراضية لديه تكون غير حقيقية وخيالية، فمن خلالها يكتشف أنه حر، فيبدو المقامر أثناء سلوك الاستعراضية كسجين يحطم سلاسلة، وقبل سلوك الاستعراضية يشعر بأن لديه إمكانية تستوجب التحقق من خلال التسجيل فى الخارج، وهى بذلك تعبر عن الخروج بعيداً عن الذات، وتحطيم لشرنقة الذاتية للامساك بحبال الآخر الذى يريد أن ينتزع منه إعترافاً بأنه الأفضل.

التشخيص واللوحة الكلينيكية للمقامرة المرضية

تمهيد

التشيخص هو تقويم خصائص شخصية العميل عن طريق جمع المعلومات المتاحة، وتحليلها وتنظيمها والتنسيق بينها بقصد التخطيط للمستقبل، وفى ذلك يتم الاستعانة بنظرية شخصية معينة تتناسب وطبيعة المريض. *(لويس مليكة، ١٩٧٧، ٤٧)* ويقوم التشخيص على تحديد العلاقة بين ما يقولة المريض وأعراضة والمعوقات التى تظهر أثناء العلاج .

(Fowler, D. et al. 1995, p.150)

ويرى الباحث أنه إذا كانت نظرية روجرز فى العلاج المتمركز حول العميل فى مراحلها الأولى، ترى أن التشخيص ليس مطلباً ضرورياً للعلاج، وأنه من الأفضل إشتراك العميل فيه قدر الإمكان، فإن هذا ما يحدث فى المقامرة المرضية، التى قد يختلف تشخيصها عن كثير من الأمراض النفسية والعقلية، فنجد المريض وقد إشترك مع المعالج فى التشيخص، لكن دون أن يتفقا على رأى واحد، إذ يرى المقامر المرضى أن المقامرة علاج وليست مرضاً، ويرى أخرون أنها ليست مرضاً وإنما الطريق إلى المرض، من هنا تبدو عملية التشخيص والعلاج أمراً صعباً ، لأننا بصدد حالة تجعل من الوهم حقيقة ومن الكذب ضرورة، سواء كان كذباً يمارس على المحلل أو الذات.

وهكذا يجد القائم بالتشخيص نفسة بإزاء خليط من الأمور المتضاربة لحالة لا تريد شئ معين، وإنما تريد كل شئ، وهى لا تبكى على ما ضاع منها وإنما على الذى لم تحصل عليه، ومع ذلك قد يؤلف كل هذا الخليط خيوطا متشابكة يمكن أن تلتحم فى نسيج واحد، وذلك إذا إستطاع القائم بالتشخيص أن يضع يده على ما قد يكون فى أوهام المقامر الذاتية ويقينه الكاذب، وخيالاتة السرابية، وذلك ليزيح النقاب عن التاريخ الشخصى المرسوم بطابع الفراغ والخواء. من هنا تصبح عملية التشخيص عملية ناجحة .

يعود تشخيص المقامرة المرضية إلى عام ١٨٩٢ على يد «كون» quinn، الذى حدد تشخيص المقامرة المرضية فى أربعة مراحل هى : مرحلة التفاعل مع الفوز، ومرحلة الخسارة، ومرحلة اليأس، ومرحلة فقدان الأمل .

وقد وضعت الدراسات الحديثة نماذج تشخيصية جديدة، تشير إلى أن تشيخص المقامرة يمر فى ستة مراحل هى :

مرحلة البداية :	initiation phase
مرحلة النتائج الإيجابية :	positive consequences
مرحلة النتائج السلبية :	negative consequences
نقطة التحول :	turning points
التحرر والتوقف النشط :	Active quitting
الانتكاسة :	Relapse

وترى بعض الدراسات الكلينيكية أن تشخيص المقامرة المرضية لا يحتاج لمراحل وإنما يمكن التشخيص له من حيث قضاء وقت كثير فى ممارسة المقامرة وإنفاق الكثير من المال على المراهنة، وإرتفاع معدلات الاكتئاب والاحساس بالذنب والخجل والرغبة فى الانتحار، والاتجاة نحو الأنشطة الإجرامية التى تخدم أغراض المقامرة، هذا بالإضافة إلى بعض الاضطرابات النفسية والجسمانية من قبيل التوتر والإثارة .

(Custer, R. & Milt, H. 1985, p.130)

وسوف نعتمد فى تشخيص المقامرة المرضية على التشخيص التصنيفى كمرحلة مبدئية، وصولاً إلى التشخيص الدينامى، وسنعرض فى التشخيص التصنيفى لأعراض المقامرة المرضية، ولاصدارات الدليل التشخيصى الإحصائى، الصادر عن لجنة المسميات والاحصائيات التابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسى DSM، وننتقل بعد ذلك للتشخيص الدينامى، لنعرض لمراحل المقامرة المرضية .

أولاً :- التشخيص التصنيفى للمقامرة المرضية :

لا يمكن النظر للتشخيص التصنيفى للمقامرة المرضية على أنه مجرد تسمية مناسبة من حـــيث أن المقامرة التى يعانيها المفحوص، مقامرة إجتماعية أو قهرية أو مقامرة مشكل Problem gambling، لكن التشخيص التصنيفى للمقامرة يقوم على تصنيف الأعراض،

وربطها بنظرية معينة. فعند تشخيصنا للمقامرة يجب أن نفرق بين ما هو مقامرة مرضية أو إجتماعية، فهذه الأخيرة تهدف للتسلية دون التعرض للمخاطرة، كما تهدف أيضاً للحصول على المال، وذلك على عكس المقامرة المرضية، الهدف منها الإثارة والمخاطرة، ولا يهم المكسب أو الخسارة لذا نجد المقامر المرضى يقضى أوقاتاً طويلة فى اللعب، قد تصل ليوم كامل دون أن يأكل أو ينام، كما أنه ينفق كثير من الأموال، كى يحصل على الإثارة المطلوبة وفى اللحظة التى تتحقق فيها الإثارة المطلوبة، ينسحب المقامر لفترة ما، ثم يعود من جديد للمقامرة.

ويرى بعض الباحثين أن المقامر المرضى لا يهتم بالإثارة فى حد ذاتها، ولكن لأنها تساعدة على الهرب من ذاتة، وعدم الاحساس بالذنب حتى يستعيد الفرد توازنة النفسى من جديد، وكأن المقامرة بذلك أداة للتطبيب الذاتى self-medication عن طريق بعض الميكانزمات العقلية المتمثلة فى تشوهات الفكر distortion thinking والأفكار والمعتقدات الثابتة، والتفكير الخيالى، ووهم القدرة المطلقة omnipotence ووهم القدرة على التحكم illusion of control، والسلوك القهرى، والاجتناب والسلوك المضاد للمجتمع، واضطراب التحكم فى الدفعات والسلوك الجنسى القهرى Compulsive sexual behavior .

(Black, D. & Moyer, T. 1998, p. 1434)

ومع هذه الأعراض يستخدم المقامر المرضى ميكانزم «الانكار» حيث ينكر المقامر على نفسة صفة المقامرة، ولا يرى أنه مقامر، إنما هو باحث عن الإثارة والمتعة والتسلية، وفى هذا الصدد يرى «نونان» أن المقامرين الذين لا يعانون من مشكلات فعلية من المقامرة يدركون أنهم غير مقامرين، وأن كل ما يراهنون عليه ليس إلا مجرد لعب للتسلية والإثارة .

(Noonan, G. 1996, p.12)

ويشمل الانكار أيضاً ما يحققة الآخرين من إنتصارات، حيث ينظر المقامر المرضى لما يحققة الآخر من فوز على أنه أمر مؤقت، وأن الفوز الساحق فى النهاية سيكون من نصيبة، مما يجعل المقامر فى حالة إنتظار دائم لمأدبة الحظ الوافر، وهو إنتظار مريض لا يجد فيه المقامر نهاية حاسمة، بل هناك على الدوام بداية متجددة لأمل شاذ وانتظار للاشئ، وعلى الرغم من أن

هذا الأمل الشاذ المريض قد يقضى على الشعور بالملل، إلا أنه فى الآن نفسة يقضى على أشياء أخرى جميلة .

ويشير بعض الباحثين إلى أعراض أكثر أهمية للمقامرة المرضية تتمثل فى أعراض تدمير الذات مثل : إرتكاب الجرائم، والاستدانة بكثير من الأموال، وتدمير العلاقات الأسرية، والعلاقات البينشخصية، ويصل حد التدمير للذات فى بعض الأحيان للانتحار .

(National academy press, 1999, p. 98)

وتحدد مؤسسة أريزونا للمقامرة القهرية، مجموعة من الأعراض التى توضح المقامرة المرضية، تشمل هذه الأعراض كثير من الأعراض التى وردت فى الدليل التشخيصى الاحصائى «DSM» الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى، تتضح فيما يلى :

١- إهنمام كبير بالمقامرة والاعتماد على الخبرة ووضع الخطط فى اللعب للحصول على أكبر قدر من المال .

٢- يجرى كثير من المحاولات للتوقف عن المقامرة، لكنها تفشل .

٣- الشعور بالتوتر والقلق عند محاولة التوقف عن المقامرة .

٤- يقامر للهروب من مشاكلة، وللقضاء على الشعور بالعجز والذنب والقلق والاكتئاب، وفى بعض الأحيان تكون المقامرة وسيلة للهرب من الآلام البدنية .

٥- كثير الكذب على الأسرة وعلى المعالج .

٦- يعتمد على الآخرين مالياً، ويستدين لكثير من الأموال .

٧- يقوم بأعمال إجرامية مثل التزوير والاحتيال والسرقة .

٨- يفقد كثير من العلاقات الاجتماعية، وقد يفقد وظيفتة ويخاطر بنفسة من أجل المقامرة.

٩- يفكر فى الانتحار كثيراً، وقد ينتحر بالفعل .

١٠- يشعر بالذنب والندم بعد المقامرة

١١- يخصص أوقات كثيرة لممارسة المقامرة .

١٢- يفقد إهتمامة بالعديد من الأنشطة .

١٣- يقامر للحصول على ثروة كبيرة .

١٤- يقامر فى فترات الأزمات التى يمر بها .

١٥- تغير جوانب كثيرة فى شخصية فيصبح كثير الغضب والتوتر والاكتئاب وكثير النقد .

١٦- ينسحب تماماً من أصدقائة وأسرتة .

١٧- ينكر المقامرة، وعندما يواجة بها يمتنع عن النقاش والمواجهة .

١٨- يقامر فى كل وقت حتى فى العطلات الرسمية والمناسبات .

١٩- يقامر بمفردة، وله ألعاب مفضلة .

٢٠- المال فى نظرة، خلق من أجل أن يقامر به .

(ACCG. 2000, p. 1-5)

ويعتمد التشخيص التصنيفى على قوائم التصنيف، وهى كثيرة ومتنوعة، أشهرها قوائم التصنيف التى وردت فى الدليل الذى نشرتة لجنة المسميات والاحصائيات التابعة للجمعية الأمريكية للطب النفسى والعقلى، وتشمل :ـ

١- الدليل التشخيص الاحصائى الثالث للمقامرة المرضية :

Diagnostic and statistical Manual III (DSM III)
for pathological gambling

أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسى ، الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث للمقامرة المرضية سنة ١٩٨٠، وأوضحت فيه، أن الخاصية الاساسية للمقامرة المرضية هى الفشل المزمن والمتكرر فى مقاومة سلوك المقامرة، نظراً لأن المقامرة عبارة عن إضطراب فى التحكم فى الدفعات، مثلها مثل هوس السرقة kleptomania والإدمان، تؤدى لكثير من المشكلات الأسرية والاجتماعية والمهنية، وأن مثل هذه المشكلات لا تحث الفرد على التوقف عن المقامرة، بل تزيد من الدافعية للمقامرة، فكلما زادت الضغوط النفسية، كلما زادت معدلات المقامرة.

والمشكلات التى يتعرض لها المقامر تبدأ بالانقطاع عن العمل لممارسة المقامرة لفترات طويلة، ثم تنقل إلى كثرة الديون والأزمات المالية، واضطراب العلاقات الأسرية ثم تنهى باختلاس الاموال والسرقة والتزوير والاحتيال والتهرب من الضرائب Tax-evasion

ويرى المقامر المرضى أن الأموال هى سبب كل المشكلات وأنها أيضاً الحل الوحيد لكل المشكلات، لذا نجده حريص على الحصول على المال لكى يقامر به، فهو يرغب فى المال للمقامرة ولا يقامر للحصول على المال، فهو وسيلة للمقامرة وليس غاية فى حد ذاته، وعندما لا يجد المقامر المال يستدين أو يكذب على الأسرة للحصول عليه، وإن لم يستطيع، يتجة للأعمال الاجرامية المضادة للمجتمع مثل السرقة والاختلاس والاحتيال والتزوير، وعندما يختلس تكون لدية النية فى بعض الآحيان لارجاع ما إختلسة من مال .

ومن ناحية الخصائص العامة للمقامر، نجده يتسم بالنشاط والحيوية وكثرة الانفاق، ويغلب عليه الطابع الاكتئابى والقلق والتوتر .

أما فيما يتصل بالمستوى العمرى، فعادة ما تظهر المقامرة المرضية فى بداية المراهقة، وإن كانت المقامرة فى بدايتها قد تبدو غير مرضية، إلا أنها مع مرور الوقت تصبح مرضاً مزمناً . وتزداد المقامرة فى حالة عدم قدرة المقامر على سداد ديونة أو تلبية حاجاتة الخاصة، وحاجات أسرتة، وعند الوصول لمثل هذه الدرجة يصبح المقامر غريب عن أسرتة ويفقد كل ما أنجزة فى حياتة، مما قد يدفعة للأعمال الاجرامية التى لا تتسم بالعنف، فيقبض عليه، وقد يفكر فى الانتحار .

وفيما يتصل بالعوامل المهيئة للمقامرة المرضية فتشمل، فقدان الوالدين أو أحدهما عن طريق الموت أو الطلاق أو الانفصال، قبل أن يصل الفرد إلى خمسة عشر عاماً، هذا بجانب نظام التربية غير الملائم مثل : (غياب الوالدين باستمرار تذبذب التربية والقسوة) وممارسة المقامرة فى المراهقة، والاهتمام بالقيم المادية والمالية، ونقص القيم الخاصة بالادخار والتخطيط.

وعن مدى إنتشار المقامرة، لم يذكر الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث أى بيانات عن ذلك، إذ لم تتوفر بيانات كافية عن مدى إنتشار المقامرة .

ويذكر الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث أن الفرد قد يتعلم المقامرة من نمط مألوف بالنسبة له، وأكثر هذه الانماط شيوعاً، صورة الأب بالنسبة للذكر وصورة الأم بالنسبة للفتاة، وإذا كانت المقامرة تمارس من جانب الذكور والاناث، إلا أنها أكثر شيوعاً لدى الرجال عن الاناث .

وفيما يتصل بالتشيخص الفارق، يفرق الدليل التشيخصى الإحصائى الثالث بين المقامرة المرضية والاجتماعية، ويرى أن هذه الأخيرة تكون بغرض التسلية، ويصبح المقامر فيها أكثر تقبلاً للخسارة، وذلك على خلاف المقامرة المرضية التى يحدث فيها كثير من الاضطرابات المزاجية فى حالة الخسارة، بجانب أعراض الاتجاة المضاد للمجتمع والذى يكون قاصراً على جمع الأموال . ويوضح الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث بعض المحكات للمقامرة المرضية والتى تشمل :

أولاً: عدم القدرة على الامتناع عن المقامرة، وتطور وتزايد حدتها بشكل سريع .

ثانياً: تدمير حياة المقامر من حيث شخصية، وأسرتة، ومهنتة، ويبدو الجانب المرضى فى المقامرة، إذا كان لدى المقامر ثلاثة مما يأتى :

١- تم القبض على المقامر بسبب التزوير أو الاحتيال أو الاختلاس أو التهرب من الضرائب، وذلك للحصول على المال اللازم للمقامرة .

٢- عدم القدرة على سداد ديون المقامرة .

٣- كثرة الاضطرابات الأسرية والزواجية .

٤- الحصول على الأموال من قنوات غير شرعية .

٥- العجز عن تفسير عوامل المكسب أو الخسارة .

٦- فقد العمل بسبب المقامرة .

٧- دائماً فى حاجة لشخص آخر يعتمد عليه لتلبية حاجات المقامرة .

ثالثاً: تؤدى المقامرة للسلوك المضاد للمجتمع وليس العكس، أى أن المقامرة سبب وليست نتيجة

(American Psychiatric Association. 1980)

٢- الدليل التشيخصى الاحصائى الثالث المعدل للمقامرة المرضية

Diagnostic and statistical Manual III. R.
for pathological gambling. (DSM. lll. R.)

فى هذا الاصدار، أوضح الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث المعدل، نفس ما جاء به فى الدليل السابق مع إضافة بعض التوضيحات للمقامرة المرضية، والخاصة بنسبة إنتشار المقامرة المرضية، التى إتضح أنها تتراوح ما بين ٢٪: ٣٪ بين الراشدين، كما أوضح الدليل أيضاً بعض المحكات التشخيصية التى ترى أن سلوك المقامرة سلوك لا توافقى يتضح من خلال حصول الفرد على أربعة على الأقل مما يلى :

١- إنشغال دائم مستمر بالمقامرة والحصول على المال الازم للمقامرة .

٢- المقامرة بكثير من الأموال ولفترات طويلة لم يكن يتوقعها المقامر نفسة .

٣- كثير الاستدانة للمقامرة من أجل الإثارة .

٤- التوتر والقلق فى حالة التوقف عن المقامرة .

٥- يبذل مجهود كبير فى إيقاف اللعب .

٦- يقامر فى حالة تحقيق مكاسب إجتماعية أو وظيفية .

٧- يترك كثير من الأنشطة الوظيفية والاجتماعية لكى يقامر .

٨- يستمر فى المقامرة رغم كثرة مشاكلها وعدم قدرتة على دفع ديونها .

٩- إذا تعرض لخسارة كبيرة لابد أن يستمر فى اللعب للتعويض .

(American Psychiatric Assocation, 1987)

٣- الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع للمقامرة المرضية .

Diagnostic and statistical Manual, lv.
FOR Pathological gambling. (DSM. lv)

أضاف الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع للمقامرة المرضية - أضاف العديد من الجوانب التشخيصية، بجانب ما جاء فى الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث والمعدل وقد

أوضح هذا الدليل أن المقامرة المرضية بحث عن الإثارة والمخاطرة أكثر منها بحث عن المال وذلك لأن المقامرة المرضية إضطراب فى التحكم فى الدفعة. ويستمر المقامر فى اللعب رغم المكسب أو الخسارة ورغم محاولاتة للتوقف عن المقامرة وذلك حتى يصل لحالة الإثارة التى يرغب فيها. ويصبح المقامر المرضى أكثر توتراً وقلقاً عند محاولة التفكير فى التوقف عن اللعب، لأن المقامرة بالنسبة له هروب من المشاكل ووسيلة للترويح ضد إضطراب الحالة المزاجية مثل : الاحساس بالعجز والذنب والقلق والاكتئاب والتوتر .

وهناك كثير من الخصائص العامة للمقامرة المرضية التى تم ذكرها فى الدليل الثالث والمعدل أضيف إليها خصائص مثل التشوهات الفكرية التى تتضح فى الانكار والتفكير الخيالى والثقة الزائدة بالذات والاحساس بالقوة والتحكم فى الأشياء، هذا إلى جانب سهولة الاحساس بالضيق والملل والتعرض للاصابة بأمراض مثل قرحة المعدة والصداع النصفى واضطربات المزاج وتشتت الانتباة والنشاط الزائد وتناول المخدرات والتوتر الزائد، هذا بالإضافة إلى إضطرابات الشخصية الحدّية Borderline واضطراب الشخصية النرجسية والمضادة للمجتمع، التى تبدو فى الجرائم بأنواعها المختلفة .

وفيما يتصل بالخصائص النوعية والثقافية الخاصة بالمقامرة المرضية، يوضح هذا الدليل أن هناك فروق ثقافية كثيرة من حيث طريقة اللعب والممارسة وأنواع الألعاب، كذلك هناك فروق بين الذكور والاناث فى ممارسة المقامرة، حيث يزداد عدد الذكور على الاناث فى ممارسة المقامرة، فبينما يمارس الذكور المقامرة فى كل الحالات والاضطرابات النفسية التى يمرون بها، نجد أن الاناث يكثر لعبهن للمقامرة فى حالات الاكتئاب والضغوط النفسية، وتصل نسبة الاناث المقامرين فى المجتمعات الغربية من ٢٪ : ٤٪ من مجموع المقامرين، أما عن نسبة إنتشار المقامرة بين الراشدين بصفة عامة فتصل من ١٪ : ٣٪ .

ومن ناحية التشخيص الفارق، يشير هذا الدليل لضرورة التمييز بين المقامرة المرضية والاجتماعية والمحترفة، فالمقامرة الاجتماعية تكون بغرض التسلية، ويمارسها الفرد لأوقات قصيرة، أما المقامرة المحترفة فتقل فيها نسبة المخاطرة ويتم تنظيمها وفق قواعد وقوانين

محددة، ولا يقبل الفرد فيها الخسارة، أما المقامرة المرضية تتحدد إذا كان لدى الفرد خمسة مما يلى :

١- الانشغال الكامل بالمقامرة والمال الازم للمقامرة .

٢- المقامرة بكثير من المال للحصول على الإثارة المطلوبة .

٣- فشل المحاولات فى القضاء على المقامرة .

٤- التوتر والقلق لحظة التفكير فى التوقف عن المقامرة .

٥- يقامر للهرب من المشاكل واضطرابات المزاج .

٦- يكثر من اللعب لتعويض الخسارة .

٧- كثير الكذب والانكار على الأسرة والمعالج .

٨- يرتكب كثير من السلوكيات الاجرامية مثل التزوير والاحتيال والسرقة والإختلاس للمقامرة.

٩- يخاطر بنفسة ويقطع علاقاتة مع الآخرين، ويفقد وظيفتة أو يتم فصلة من الجامعة إذا كان طالباً .

١٠- يقترض كثير من الأموالْ من الأخرين .

(American Psychiatric Association, 1994)

وإذا كان الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث والمعدل والرابع، قد أمدونا بكثير من المعلومات عن المقامرة المرضية، إلا أنه يجب مراجعتها بشكل مستمر فى ضوء التطور المستمر للنظريات والمفاهيم، وفى ضوء ما يجد من حقائق ومصطلحات، كذلك فإن الاعتماد على التشخيص التصنيفى على أساس الأعراض لا يساعد إلى حد كبير فى التنبؤ عن تطور الحالة أو فى فهم الاضطرابات التى يعانيها المقامر، كما أنْ تصنيف المريض تبعاً للأعراض قد يختلف، فالأعراض مُضللة ولا ترتبط بالضرورة بالأسباب، وقد تنشأ الأعراض المختلفة من نفس الأسباب، والأعراض إنتقالية ومتغيرة، إلا أن ما يكسبة المريض منها هو الذى يغلب أن يكون أكثر ثباتاً، وقد يبدو على المقامر المرضى أعراض عابرة Transient symptoms تتطابق جزئياً مع الأعراض التى جاء بها الدليل التشخيصى للمقامرة المرضية، ولكن هذه

الأعراض هى رد فعل لصعوبات ومشاكل إنفعالية أو عاطفية أو ذات صلة لما يشعر به المريض من توتر وقلق . *(Blaszczynski, A. 1998, p.37)*

وتبدو مشكلة الأعراض بالنسبة للمقامر فى أن بعض حالات المقامرين، قد تبدو مثل الاسوياء ولا تتضح الاعراض إلا بعد أن يدمر المقامر ذاتة، وربما تظهر لدية بعض الأعراض المرضية التى تبدو فى محتواها الظاهر سوية، وعندما يحاول المعالج إعطاء تفسير لهذه الأعراض، يذكر أن شيئاً ما يتغير فى سلوك الفرد دون أن يقوى على تحديدة. وفى ضوء ذلك يرى (چاكوبس) أن هناك بعض الأعراض الواضحة التى إن ظهرت على المقامر، يمكن تصنيفة مقامراً مرضياً، وهى: عدم القدرة على الإمتناع عن المقامرة إلا من خلال مساعدة الأخرين، وعدم الأمانة، وعدم القدرة على مساعدة الآخرين، وإخفاء ما يقوم به من أفعال، خاصة ذات النتائج السلبية. *(Jocobs, D. 1999. p.2)*

وفى تناوله لمشكلة الأعراض فى تشخيص المقامرة، يوضح «ستيجبور» أنه على الرغم من ظهور العديد من التصنيفات للمقامرة وتوضيح كثير من الأعراض فى قوائم التصنيف، إلا أن الباحثين يجدون صعوبة فى تشخيص المقامرة بناء على الاعراض، وذلك لتداخل الأعراض وتشابكها. *(Stegbauer, C. 1998, p. 85)*

وإذا كانت الأعراض مضللة ومتداخلة ومتشابكة، ولا ترتبط بالضرورة بالأسباب، فإن ما يهمنا فهم العلاقة الدينامية بين الأعراض والشخصية فى طابعها الكلى، ويتضح ذلك من خلال جمع بيانات صحيحة .عن المقامر وتفسير دلالتها الكلينيكية، مع وضع أسلوب ثابت فى تقييم المقامر وفق نظرية محددة. ويستخدم الباحث فى ذلك نظرية التحليل النفسى بوصفها نظرية تتنبأ بسلوك المقامر في صيغتة الكلية الشمولية، بجانب أنها توضح فروض الدراسة، وأسباب المقامرة المرضية، هذا بالإضافة إلى أنها توضح، كيف وصل المقامر لما هو عليه الآن؟. إذن نحن بحاجة إلى تشخيص دينامى يرى اللوحة الكلينيكية للمقامرة المرضية فى طابعها الكلى والشمولى .

ثانياً : التشخيص الدينامى للمقامرة المرضية :

يعتمد التشخيص الدينامى للمقامرة المرضية على دراسة الكثير من جوانب شخصية المقامر وفق النظرية المتبعة فى الدراسة «التحليل النفسى»، لذا لابد من توضيح الدوافع الغريزية وأنواع الصراع والإهتمام بميكانزمات الدفاع التى يلجأ إليها المقامر للتخفف من حدة الصراع. فالمقامرة المرضية تعبير عن جوانب الصراع الدائر فى الجنسية الطفلية، ونظراً لأن الصراع هنا يتركز حول «الاستمناء» يظهر القلق والشعور بالذنب، وإذا كان البعض يرى أن هناك مبالغة فى القول بأن إستشارة اللعب تناظر الاستثارة الجنسية، واستثارة الكسب تناظر إستثارة النشوة، تماماً كما أن إستثارة الخسارة تناظر عقوبة الخصاء- إذا كان الأمر كذلك، فقد جاء هذا التأكيد على لسان بعض أفراد العينة، إذ يوضح أنه أثناء اللعب وشدة المنافسة أحياناً ما يحدث له «إنتصاب»، هذا إلى جانب إستخدام كثير من العبارات الجنسية، أثناء اللعب، ففى حالة المكسب يشير اللفظ للوضع الجنسى الايجابى المعبر عن نشوة الانتصار والجنس معاً، أما فى حالة الخسارة يشير اللفظ للوضع الجنسى السلبى الذى يقابل (الخصاء)(Castration)، يضاف إلى ذلك أن غالبية المقامرين يعملون على «تجنيس اللعبة» sexualisation the game أو ما يعرف بتجنيس العالم. sexualistion the world

والصراعات الجنسية الطفلية تعمل على القلق والشعور بالاثم، فيحاول المقامر المرضى التخفف من ذلك عن طريق اللعب بصورة قهرية، وفى هذا الصدد يوضح «أو توفينخل» «أن كثير من القهور تهدف لارضاء مطالب الأنا العليا عن طريق القهرية، تماماً كالاستعراضين الذين لا يستشعرون غواية الاستعراض إلا حين يكون الشرطى على مقربة منهم. أما من الناحية الكمية فهناك فرق: فالصراع مع الآنا يهيمين فى الأغلب على اللوحة فى الأعصبة الاندفاعية شأنها شأن الحالات الهوسية الاكتئابية، كثيراً ما تنطوى على تناوب دورى بين فترات محملة بالاثم وفترات تبدو فيها الأنا العليا غير فعالة . وكمثال لهذا النمط، وصف «فرويد» «المجرم بفعل مشاعر الإثم» أى الأشخاص الذين يطحنهم إثم لا شعورى إلى حد أنهم يأتون فعلاً زميماً إلتماساً للتخفف بمعاناة العقوبة من الشعور بالإثم، إذ يبددون بذلك إثمهم المجهول الأصل بربطة بعامل معروف، وهذا هو حال المقامر المرضى .

(أوتوفنيخل، ١٩٦٩، ٥٠٧) .

ويرى بعض الباحثين أن التشخيص الدينامى يمرفى مراحل أربعة، فقد أشار كلاً من «ليسير وروزينثال وكسترومليت» إلى أن المقامر يمر بمرحلة الفوز ثم الخسارة ثم إنعدام الأمل وأخيراً مرحلة اليأس الكامل، وهو ما يتضح فيما يلى :

مراحل المقامرة :

١- مرحلة الفوز : The Wining phase

وتبدأ هذه المرحلة فى الفترة من ٣: ٥ سنوات من ممارسة المقامرة، وفيها يربح المقامر أكثر مما يخسر، وقد تصل مكاسبة إلى أرقام خيالية لا يتوقعها، ويصل متوسط ما يربحة فى المرة الواحدة قدر راتبة الشهرى أو السنوى من وظيفتة أو عملة، مما يدفعة لكثرة المقامرة، خاصة بعد أن أصبح محترفاً فى المقامرة ولدية من المال الكثير الذى يقامر به، فيندفع المقامر وراء المقامرة باعتقادة الوهمى أنه محظوظ وأن بمقدورة التحكم فى مجريات اللعبة، فيقضى وقتاً طويلاً فى ممارسة المقامرة ويقامر بالكثير من الاموال مما يعرضة لمزيد من الخسارة، فيدخل فى مرحلة الخسارة .

٢- مرحلة الخسارة : The Losing Phase

غالباً ما تستمر هذه المرحلة لأكثر من خمس سنوات، وفيها تتم المقامرة لأوقات طويلة وبكثير من الأموال لتعويض ما خسرة، وكلما كانت الخسارة كبيرة، كلما كانت أوقات المقامرة طويلة والمبالغ المالية المراهن عليها أكثر، فكثرة الخسارة لا تجعلة يتوقف عن المقامرة بل أنه يقامر بكل ما يملك من أجل التعويض، مما يؤدى لكثرة ديونة وإقتراض المزيد من الأموال من المحيطين به، واذا سألة أحد عن كثرة حاجتة للمال فإنه ينكر إستخدامة فى المقامرة، فيستمر فى الكذب ليخفى فشلة المستمر، بل ويذكر للآخرين أنه مازال المقامر المحترف الأوفر حظاً والأكثر سعادة، ويمتد كذب المقامر ليشمل كل شئ فى حياتة، فيعتاد عليه حتى فى المواقف التى لا يضره فيها الصدق، فهو يكذب دون وجود أى ضغوط ودون أن يكلفة الصدق شيئاً لذا قلنا من قبل: (إن المقامر يكذب بسرعة لسان القط وهو يلعق اللبن وليست مبالغة أن نقول أن كل المقامرين مبالغين وكذابون) والغريب أن المقامر يكذب حتى لو كان الصدق يخدم مصالحة،

وغالبية كذب المقامر يكون حول ألعاب المقامرة، فتجدة يوصف مهاراتة فى المقامرة ويتحدث عن إنتصاراتة المبهرة، ونادراً ما يتحدث عن خسارتة المتعاقبة .

وفى مرحلة الخسارة، يفضل المقامر أن يراهن بمفردة دون أن يدخل ضمن فريق لعب فى مواجهة فريق آخر. ونظراً لكثرة الخسارة وعدم ثقة الآخرين فيه، فإنهم يمتنعون عن إعطاءه المال، فلم تعد أقوالة وأفعالة قادرة على إقناعهم، فتبدأ حياتة الإجتماعية والأسرية فى التدمير، ويدخل مرحلة اليأس .

٣- مرحلة اليأس : The Desperation phase

وهو يأس يقضى إلى التهور، حيث يقضى معظم المقامرين أوقاتهم فى هذه المرحلة، إما فى لعب القمار أو فى التفكير فيه ووضع الخطط المناسبة للعبة، ولا يستطيع المقامر أن يتوقف عن ذلك، لأن المقامرة فى اعتقاده وسيلة مناسبة لعلاج آلامة، وقد يعلم أنه سيخسر، لكن لا يهم! .

ويستمر الكذب فى هذه المرحلة ليصل لأعلى درجة عن ما كان عليه فى المرحلة السابقة، ورغم أن الآخرين لا يصدقونة فى كل ما يقول، إلا أنه مازال واهماً أن بمقدورة إقناعهم بكذبه، وعندما يدرك أنهم لا يصدقونة يغضب منهم كثيراً وربما يقطع علاقتة معهم ويلقى باللوم عليهم لما وصل له حالة، فهم السبب فى كل مشاكلة، فبما أنه يرى أن المال هو سبب كل المشاكل وأنه الوحيد القادر على حلها، وبما أن الآخرين لا يرغبون فى إعطاءه المال الازم للمقامرة، إذن هم السبب فى كل مشاكلة. مما قد يدفعة لكثير من الأعمال الاجرامية غير العنيفة، مثل السرقة والنصب والاحتيال، والاختلاس، وقد ينظر بعض المقامرين إلى الإختلاس على أنه قرض وسوف يقوم بإعادته لحظة الفوز الكبير الذى هو حتماً فى إنتظارة .

ونظراً للخسارة المتكررة، وتدهور علاقات المقامر مع الآخرين، خاصة أسرتة وزوجتة إذا كان متزوجاً، تظهر لدية الرغبة فى التوقف عن المقامرة لكنة يفشل رغم كثرة المحاولات، فيشعر المقامر هنا باليأس من إنتظارة الدائم لمأدبة الحظ، واليأس أيضاً من عدم قدرتة على الامتناع عن المقامرة، ورغم ذلك لا يذكر لأحد فشلة المتكرر ويأسة المتواصل، لما يعانية من الكبرياء

الكاذب False pride، فتراكم الاحباط هو ما يجعلة يائساً، فلا هو قادر على الفوز، ولا قادر على التوقف عن المقامرة، ولا قادر على إقناع الأخرين بأن يقرضوه المال، ولا هو قادر على تعويض الخسارة، وقد لا يجد سبب واحد للمقامرة، لكنه يقامر ! وهذا ما يعرف بعرض عدم القدرة على التحكم، لأن المقامرة فى نظرهم هى الوحيدة القادرة على التحكم فى كل شئ، ففى اللحظة التى يحاول المقامر التحكم فى المقامر ويظن أنه تحكم فيها، تتحكم هى فيه وتقضى عليه .

٤- مرحلة اليأس الكامل:

وفى هذه المرحلة يرى المقامر أن ليس هناك أى أمل فى حل كل المشكلات التى يتعرض لها، ويمر المقامر بحالة من الامبالاه، حتى فيما يتصل بالموت والحياة، ويرجح أن تنتهى هذه المرحلة بالانتحار، وأن لم تنتهى بالانتحار، تنتهى بالجريمة أو الايداع فى السجن .

(Lesieur, H. & Rosenthal, R. 1991, p.122) (Custer, R. & Milt, H. 1985, p. 136) (ACCG. 2000)

العلاج النفسى الجماعى للمقامرة المرضية

مقدمة :

يرى الباحث أنه عندما يصبح الفرد مقامرا، فهذا جنون. أما وأن يكون مقامراً مرضيا، فهذا منتهى الجنون، جنون يدمر ذات الفرد وأفكارة، لتصبح الحياة بعد ذلك مجرد ثلاثة أحداث : يولد، ويعيش، ويقامر، أو يقامر ليعيش ! مما تضطرب معه أفكار الفرد ومعتقداتة فيرى أن المقامرة ليست مرض أو مشكلة، وإنما هى علاج وحل لكل مشكلة، ووسيلة للهروب من الذات والقضاء على الألام. ومثل هذه المعتقدات تجعل من علاج المقامرة أمراً صعباً للغاية من خلال الدراسة النظرية والعملية للبحث عن الحقيقة والمعرفة والتمييز بين الصواب والخطأ وفض الاشتباك بين المتناقضات الكثيرة لدى المقامر، فأثناء العلاج للمقامر، يجد المعالج نفسة أمام كيان ليس له مبادئ ، فهو إما فوق المبادئ أو تحتها! وكل ما يراه مظلماً وكل ما يفكر فيه وهماً، وهو لا يفكر بعقلة، لذا من الصعب أن يجد نفسة مخطئاً، وهو إذ يفكر بعقلة، فإنه يتصرف بجنون، وإذا أدرك أن المقامرة تدمر حواسة الخمس، إدعى أن لدية الحاسة السادسة. وإذا رأى أنها إنتحار، فإنه يلعنها، لكنه لا يستطيع أن يبتعد عنها، إذ ليس هناك طريقة أفضل للانتحار منها !

ويرى الباحث أنه إذا كانت المقامرة مرضاً شديد القسوة، فإن العلاج أشد قسوة منها، إذ يعانى المقامر من اللعب، ويعانى أكثر من الإمتناع عن اللعب لذا نقول «أن المقامر إذا حضر للمقامرة تعب وإذا غاب عنها ندم» وهذا ما يجعل بعض المقامرين يرون أن الحاجة للعلاج هى بمثابة (إحتياج يائس) ففى نظرهم لا جدوى من العلاج وأن أفضل طريقة للسعادة المقامر، أن يستمر فى اللعب .. ولا يفكر فى الخسارة .

وعندما يصبح الأمر كذلك، يصعب العلاج، لأن المقامرة لا تموت بالعلاج وإنما بالرغبة فى العلاج والأمل فى الشفاء، ويبدو العلاج صعباً فى المجتمعات العربية، لأن هذه المجتمعات تنظر للمقامر على أنه «مجرم» وجب عقابة، وليس «مريض» يطلب العلاج، مما جعل ظاهرة المقامرة تعمل فى الخفاء وتزداد مرضاً على مرض فى الخفاء أيضاً .

وعلى العكس من ذلك تنظر المجتمعات الغربية للمقامر على أنه (مريض) وجب علاجة وليس (مجرماً) وجب عقابة .. وهذا الذى جعلها تسارع بعمل مزيد من الابحاث والدراسات العلمية وتصميم البرامج العلاجية للمقامرين، بل وإنشاء المؤسسات والمستشفيات العلاجية الخاصة فقط بالمقامرة المرضية، وذلك مثل مؤسسة (المقامر المجهول Gambler Anonymous فى الولايات المتحدة الأمريكية، والتى أنشأت عام ١٩٨٠، وتعتبر من أهم المؤسسات العلاجية للمقامرة فى العالم. فقبل عام ١٩٨٠ كانت هناك الكثير من المؤسسات العلاجية للمقامرة، لكنها كانت تستخدم برامج علاجية لا تساعد على العلاج أو تعديل سلوك المقامر. ولكن مع ظهور مؤسسة «المقامر المجهول» أصبح العلاج النفسى للمقامر فعالاً ومفيداً، وذلك لاستخدام برامج وأساليب علاجية متنوعة أهمها العلاج الجماعى والسلوكى .

لذلك يتناول الباحث العلاج الجماعى كاسلوب علاج ثبتت فاعليتة لدى المقامر المرضى ولكن قبل ذلك يتناول الباحث باختصار، البرامج والطرق العلاجية المختلفة للمقامرة المرضية، ومنع الانتكاسة للمقامرة المرضية .

الطرق العلاجية المختلفة للمقامرة المرضية :

هناك العديد من البرامج والطرق العلاجية للمقامرة المرضية مثل العلاج الجماعى، والعلاج التحليلى السيكودينامى، والعلاج السلوكى، والعلاج المعرفى، والدوائى، والمساعدة الذاتية، والعلاج التلقائى (Rabow, j. et, al. 1984, p. 190) . ويعض الطرق العلاجية تتناول أنواع متعددة من العلاج فى وقت واحد، إلا أن أكثر الطرق العلاجية شيوعاً، العلاج السلوكى أو المعرفى والعلاج بالتحليل النفسى والعلاج الجماعى .

(Lopez, v. & Miller, W. 1997, p. 684)

فخلال النصف الأول من القرن العشرين، قدم التحليل النفسى أول محاولة علمية منظمة لعلاج المقامرة المرضية أو إنطلق هذا العلاج من قاعدة أساية مؤداها : أن لكل شئ معنى ووظيفة، حتى أن أكثر السلوكيات تدميراً للذات لها معنى، ووظيفتها الدفاع عن الفرد لاعادة توازنة وتوافقة المفقود. ومن خلال ذلك أوضحت النظرية التحليلة أن المقامرة المرضية عرض أو

تعبير عن ظروف نفسية كامنة يجب على المعالج أن يكشف النقاب عنها، وأن يدرك أن بعض المقامرين لا يرغبون فى فهم لماذا يقامرون، حتى لا يتوقفوا عن المقامرة، ويشير العلاج التحليلى إلى أن توقف المقامر عن سلوك المقامرة قد يجعلة أكثر إكتئاباً، مما يدفعة لتبنى سلوكيات أخرى يدمر بها ذاتة، لذلك لابد أن ينصب العلاج على الدوافع اللاشعورية الكامنة وأن يساعد المقامر المرضى على فهم هذه الدوافع، حتى يتسنى للمعالج إزالة الأعراض المرضية للمقامرة .

(Rabow, j. et, al. 1984, p. 87)

ويرى كثير من الكلينيكيين أن العلاج التحليلى فعال ومفيد لكثير من الاضطرابات المرضية خاصة تلك التى تتصل بالطابع النرجسى والمازوخى للمقامرين. والذى ينظر لها المقامر على أنها نوع من الإثارة، لذا نجد فرويد يحدد قاعدة أساسية للمقامرة: «لا يقامر المقامر من أجل المال وإنما من أجل الإثارة» . ***(Walkler, M. 1995, p. 105)***

ويحاول العلاج التحليلى أن يعيد بناء أنا المقامر من جديد من خلال القضاء على التخيلات النرجسية والاستقلالية الكاذبة .Pseudo-independence ومواجهة مشاعر النقص والدونية، كما يحاول العلاج أيضاً تضميد جراح الأنا وصراعات الطفولة خاصة ما يتصل بالموقف الأوديبى ***(National Acadmy press, 1999, p. 197)*** وعلى الرغم من أن البعض يشكك فى فاعلية ونجاح العلاج بالتحليل النفسى للمقامرة المرضية، نظراً لصعوبة العلاج وذاتيتة وطول الفترة الزمنية له، على الرغم من ذلك، نجد البعض الآخر أمثال «ديكرسون» يشير إلى أن خير ما يمكن أن نقدمة للمقامر المرضى لعلاجة أن نتناولة من خلال التحليل النفسى ***(Dickerson, M. 1984, p. 14)***. وما يشير لفاعلية العلاج بالتحليل النفسى للمقامرة المرضية، أن معظم الذين إستخدموة كانت نتائجة إيجابية فى العلاج، وذلك أمثال «بيرجلر» الذى عالج حالات كثيرة بالتحليل النفسى، بل وحدد أيضاً العوامل التى ترتبط بنجاح وفشل العلاج بالتحليل النفسى . ***(Walker, M. 1995, p.117)***

ويقوم العلاج بالتحليل النفسى على فنيتين أساسيتين هما :

١- الطرح : Transference

٢- المقاومة : Resistance

والطرح هو الأسم الحركى الذى نغطية للموقف الذى يرى فيه المريض المعالج على أنه شئ مهم فى حياتة، فيسمح لنفسة بممارسة الأساليب العصابية والضغوط الإنفعالية ضدة، تماماً كما لو كان المعالج بمثابة والدية، وأثناء هذا التفاعل يدرك المعالج مواطن الضعف والقوة فى شخصية المريض، كما أن المريض يبدأ فى الاستبصار بذاتة *(Dickerson, M.1984, p,66)*، لذا يعتبر الطرح أهم عنصر فى الموقف العلاجى ذلك لأن الآخر متضمن فى الأنا بوصفة نموذجاً أو موضوعاً أو نصيراً أو خصماً ***(سول شيد لنجر، ١٩٥٨، ٤٣)***. لكن المريض لا يرى فى صورة المعالج النصيير والمكافئ له على ما يبذل من جهد، وإنما يرى فيه عودا أو نسخاً لشخص هام بعث من عهد الطفولة أو الماضى، من ثم يحول إليه المريض كل المشاعر والاستجابات التى كانت تنصب على هذا المثال. ***(سيجموند فرويد، ١٩٨١، ٤٧)*** ويحدث ذلك لأن الشحنات الانفعالية لليبدو ليس لديها إشباعات ملائمة، لذا تتجة من الفرد للمعالج ***(Mullan, H. & Rosenbaum, M. 1978, p.175)***. وكأن الطرح بهذا المعنى هو نسخة جديدة من علاقات الماضى، يتذكرها المريض ويعيشها مع المعالج بما يتناسب مع ملابسات الموقف التحليلى، مع فارق أن المعالج يحل محل الشخص الذى كانت له به هذه الذكريات أو العواطف، وهو فى الغالب الأب أو الأم . ***(عبدالمنعم الحفنى، ٩٩٥، ٣٣١)***. والمعالج هنا ليس أماً فحسب أو أباً فحسب بل هو معين وسند متعدد الأوجة، ومدد نرجسى وإشباع مطمئن بلا عقاب، وتشجيع حاد يمكّن من تقبل الآخر بوصفه معيناً على إستقامة المتخيل والتعرف على العلية فى دروب الصعب.

(حسين عبد القادر، ١٩٨٦، ٥٧١) .

وبفضل العلاقة الطرحية يمكن للعلاج النفسى أن يحدث، إذ أن الطرح هو جوهر العملية العلاجية ***(سيجموند فرويد، ١٩٨٠، ١٧٠)*** ويصبح العلاج النفسى من خلال الطرح، عملية تصحيح للخبرة الإنفعالية والتصورات السلبية تجاة الآخرين بالتدريج ***(أنتونى ستور، د.ت، ١٠٧)***. ويجب أن نذكر هنا أن الطرح لا يعبر عن علاقة آنا- آخر، بل بين لا شعور ولا شعور، فهى ليست علاقة بين شخصين، بل بين أربعة، فتصور الأنا إنما هو صورة

الجسم التى لا يمكن إدراكها بغير تصور تعكسة المرآة، ورؤية الآخرين أمثالة لينتقل من العجز إلى التخطى ومن التجزئ إلى الاكتمال *(حسين عبد القادر، ٢٠٠٠، ١١)*. وتبدو أهمية الطرح فى العملية العلاجية من حيث أنه يساعد على أن تنبعث الصراعات المبكرة لدى المريض بحيث تؤثر فى مشاعرة واتجاهاتة نحو معالجة الذى يحاول من جانبة حل عصاب الطرح الذى يعيق العملية العلاجية، ونجاح المعالج فى ذلك يعنى فتح الطريق أمام المريض لكى يواجة معاناتة الداخلية بطريقة مباشرة بقدر ما يرى دفاعاتة المرضية بوضوح مما يزيد من إمكانية ظهور إستجابات أكثر واقعية . *(رشدى فام، ٢٠٠٠، ٧٠)* وإذا كان الطرح يشير لصراعات وجدانية غير محلولة، إلا أنه يقوم بردود أفعال واقعية لاستجابة المريض، مما يشير لضرورة ملاحظة المشاعر وبخاصة المكبوتة، مما يساعد العملية العلاجية بصفة عامة، والعلاج الجماعى بصفة خاصة .

(Hannaha, S. 1984, p. 257)

وفى العملية الطرحية يقوم المعالج بفحص أفعال مرضاة والصراعات الكامنة داخل الجماعة العلاجية، ويعمل على تشجيع مرضاة فى إكتشاف حقيقة واقعهم حتى يكونوا أكثر إيجابية، ويتوقف ذلك على قدرات المعالج ومهاراتة، ومعرفتة بطبيعة المشكلات التى يعانى منها أعضاء الجماعة العلاجية. (Whitaker, D. 1975, p.99) وذلك لأن المشاكل التى يعانى منها المريض والجماعة العلاجية قد تؤدى لمشاعر سلبية ومقاومة المريض، مما يقف حائلاً أمام العلاج. *(Kapur, R. et, al. 1986, p. 340)*

وهكذا يتضح لنا أن الطرح قضية لا يمكن تجنبها فى الموقف العلاجى، ويستغلة كلاً من المريض والمعالج، حيث يقوم المريض من خلالة بإقامة كل العقبات التى تجعل المادة غير متاحة للعلاج، ويحاول المعالج من خلالة أن يفض الصراعات ويقضى على مقاومة المريض

(سيجموند فرويد، ١٩٨٧، ١٤٦)

أما المقاومة. Resistance فهى تشير إلى المشاعر السلبية التى تحدث بين المريض والمعالج أثناء التفاعل بينهم، فعندما يحاول المعالج أن يقضى على الطقوس العصابية neurotic riualised للمريض، تظهر الاتجاهات السلبية من المريض تجاة المعالج، وذلك

لأن المريض يعتبر هذه الطقوس أساس للثبات النفسى لدية، مما يجعلة يقاوم بشدة كل ما يقوم به المعالج من كلمات ومناقشات ونصح وإرشاد ***(Walker, M. 1995, p.107)*** .

فالمريض كلما إقترب من إحدى الذكريات التى يمكن أن تكشفة لو صرح بها، أو التى يمكن أن يتعرف من خلالها على أفكارة الحقيقية واتجاهاتة لو أعلنها، فإنه يقاوم تذكرها ويمتنع عن الاسترسال فيها، والسبب أنه يخشى هذه الأفكار والرغبات والخبرات المكبوتة، لأن قلقه يتجدد بها ومن ثم يحاول أن يستمر نسيانه لها، وتتخذ المقاومة أشكالاً مختلفة، بعضها يكون مريحاً والبعض الأخر يكون مخفياً بلباقة، كأن يرفض المريض التعاون أو يلزم الصمت أولا يحضر فى ميعاد الجلسة، أو ربما يثور بدون سبب أو يتحدث فى أشياء تافهة أو يحكى عن أحلام كثيرة متشابكة، وإذا إستطاع المعالج أن يكسر مقاومة المريض لإستحضار الذكريات المكبوتة .إنه قد يستطيع من جديد أن يعايش تجاربة الصادمة .

(عبدالمنعم الحفنى،١٩٩٢، ٣٢٥)

وإذا كان العلاج السيكوديتامى للمقامرة المرضية يتخذ من الطرح نقطة البداية للعلاج فإن ذلك يكون بهدف الكشف عن الأسباب الحقيقية للمقامرة من خلال الأفكار والدوافع اللاشعورية، ونظراً لأن كثير من دوافع المقامرة، تكون لا شعورية، فإن المقامر لا يتفق والمعالج النفسى فى كثير من الآراء التى يحاول المعالج أن يجعل المريض مستبصراً بها، فالاستبصار بالنسبة للمقامر المرضى يمثل الجانب الأكبر من العلاج، ففى اللحظة التى يدرك فيها المقامر دوافعة وأفكارة اللاشعورية وسلوكياتة العصابية، تصبح هذه الدوافع والسلوكيات غير ذات معنى بالنسبة له، مما يجعل المقامر فى حاجة إلى الهروب من دوافعة العصابية وتكوين واجبات جديدة أكثر ملاءمة وإيجابية تسمح للمقامر بالتفاعل السليم مع العالم المحيط به .

(Walker, M. 1995, p.205)

وبينما ينظر العلاج السيكودينامى التحليلى للمقامرة المرضية على أنها أحد خصائص الشخصية العصابية، نجد العلاج السلوكى Behavioral therapy ينظر إلى المقامرة المرضية على أنها سلوك متعلم يمكن القضاء عليه من خلال البيئة المحيطة بالقمار، وتعديل

لوكياتة عن طريق الاشتراط الكلاسيكى Classical Conditioning، ويتم ذلك بأساليب سلوكياتة متنوعة تشمل : العــلاج بالنفــور Aversion therapy والعــلاج بالمعــنى Logo therapy والعـــــلاج بالتنـــويم، Hypno therapy، والــتدعيم المــتبادل Mutual Support *(National Acadmy press. 1999. p200)*

ويشير العلاج بالنفور إلى عملية تكوين إستجابات سلبية للسلوك غير المرغوب فيه، وقد إستخدمت الصدمات الكهربية لذلك، ففى اللحظة التى يبدى فيها المقامر رغبتة فى ممارسة المقامرة يتم تعريضة لجلسة كهربية، ويتم ذلك لأكثر من مرة، حتى يقترن سلوك المقامرة بالجلسة الكهربية، وبناء على ذلك تتكون لدى المقامر إتجاهات سلبية نحو المقامرة .

أما العلاج بالإشباع، فيتم فيه ممارسة المقامرة بصورة مفرطة وحسب رغبة الفرد، دون الإندماج فى أى أنشطة أخرى، فكثرة الممارسة تؤدى لنوع من الانطفاء للدوافع الثانوية، ونظراً لأن المقامرة المرضية- حسب النظرية السلوكية- من الدوافع الثانوية المتعلمة، فإنة يمكن علاجها عن طريق الإشباع الذى يؤدى لإنطفاء الدافع وكفه .

(Peck, D. & Ashcroft, j. 1972, p 52)

ويشير العلاج بالارشاد السلوكى إلى ثلاثة إرشادات أوضحها «ديكرسون» .

١- ضرورة ألا يقامر المقامر عندما تتاح له فرصة المقامرة .

٢- التوقف عن المقامرة فى حالة الخسارة .

٣- البحث عن أنشطة بديلة للمقامرة .

.(Dickerson, M. 1984, p. 19)

ويوضح العلاج بالمعنى للمقامرة المرضية بعض الارشادات العامة التى من خلالها يتخذ المقامر ««معنى» لبعض الأشياء الحياتية، وبذلك تتكون بعض القيم والمبادئ التى قد تمنع الفرد عن المقامرة، وقد إستخدمت هذه الطريقة من قبل «فيكتور وكروج» واعتمدوا فيها على الأفكار الفلسفية الذى جاء بها «فرانكل» مؤسس العلاج بالمعنى .

(Victor, R. & Krug. C. 1967, p. 812)

ويشير العلاج بالتنويم إلى أن المقامرة المرضية يمكن علاجها من خلال الاساس الذى ،تقوم عليه والمتمثل فى "الاثارة"، ويتحقق ذلك من خلال جلسات التنويم، وإذا كان التنويم بصفة عامة قاصر على بعض الأفراد الهستيرين، إلا أن (جريفس) من خلال تجارية أوضح أن المقامر المرضى يسهل تنويمة عن طريق الاسترخاء وتثبيت العين فى شئ واحد .

(Gridditbs, F. 1982, p. 195)

ويستخدم «كسترومليت» العلاج السلوكى للمقامرة من خلال طريقة التدعيم المتبادل» التى تعتمد على تشجيع المقامر على تبنى قيم أخلاقية، وإتخاذ أفكار عقلانية بديلة للأفكار غير العقلانية . *(Custer, R. Milt, H. 1985, p. 272)*

وإذا كان العلاج السلوكى بأنواعة المتعددة يعتمد على الاشتراط الكلاسيكى وعمليات التعلـــم، فإن العـــلاج المعـــرفى للمقـــامرة المرضـــية يعمل على تعديل أنماط التفكير والمعتقدات الخاطئة، خاصة وهم القدرة على التحكم illusion of Control وهم القدرة المطـــلقة omniptonce، وتصـحيح أخطـاء الإدراك، وتـغيير الأفـــكار غـــير الـعقلانية irrational Thinking، وإعادة البناء المعرفى Cognitive restructring بجانب البحث عن أنشطة بديلة والقضاء على دافعية المقامرة، ويحدد «توناتو» ما يجب أن يتناولة العلاج المعرفى للمقامرة المرضية، حيث لابد من التعامل مباشرة مع العوامل الأساسية لشخصية المقامرة، والعمل على زيادة مهاراتة فى مقابل إزالة المهارات الخاصة بالمقامرة وتوضيح الاوهام الذاتية والفكر الخيالى المتمثل فى وهم القدرة على التحكم، هذا بالإضافة إلى تشجيع المقامر على تفسير الأمور من خلال وجهتى الضبط الداخلية والخارجية، والتخلى عن وهم القدرة المطلقة .

(Toneatto, T. 1999, p. 1593)

فقد أشار «سيلزر» إلى أن وهم القدرة المطلقة، يلعب دوراً أساسياً فى المقامرة المرضية إذ أنه يشير لدخول المقامرة مرحلة المرض، وقد إتضح ذلك من خلال تطبيق نظرية العميل Theory of the Client. *(Selzer, j. 1992, p. 215)* . ويهتم العلاج المعرفى بوهم

القدرة المطلقة، أو ما يسمية وهم القدرة على التحكم، وذلك لأن هذا النوع من العلاج يهتم بالأفكار والمعتقدات والادراكات الخاطئة، وفى ضوء ذلك، يرى أنه أفضل أنواع العلاج، نظراً لأن المرض عبارة عن فكرة خاطئة تتطلب التعديل *(Vanes, R. 2000, p. 1323)* .

ويرى لادوسور وآخرون أن هناك أربع محاور أساسية للعلاج المعرفى للمقامرة المرضية تتمثل فيما يلى :

١- فهم العشوائية :- Understanding randomness

والتى من خلالها يتعلم المقامر أنه غير قادر على التحكم فى مجريات المقامرة ونتائجها، وأن اللعبة تسير وفق الحظ والعشوائية والصدفة .

٢-فهم المعتقدات الخاطئة للمقامرين:-

Understanding the erroneous beliefs of gamblers

فتراكم المعتقدات الخاطئة لدى المقامر، والادراك الخاطئ، والفهم المريض للعشوائية فى أنها يمكن أن تكون لصالح المقامر- كل ذلك يجعل المقامرة مرضية، وواجب العلاج هنا القضاء على هذه المعتقدات من خلال عملية تدريبية تقوم على تنمية مهارات جديدة للمقامر .

٣-الوعى بالإدراكات غير الدقيقة :-

Awarreness of inaccurate perceptions

حيث لابد أن يتعلم المقامر أن كثرة الفشل فى المقامرة قد تؤثر على إدراكاتة الصحيحة وإتخاذ القرار لدية .

٤-التصحيح المعرفى للإدراكات الخاطئة :-

Cognitive Correction of erroneous perceptions

وفيه يقوم المعالج يتناول الادراكات الخاطئة ويثبت للمقامر عدم جدواها وفشلها *(Ladouceur, R. et, al. 1998, p. 1111)*.

ويرى «شارب وتارير» أن ،إستمرار المقامر فى سلوك المقامرة، إنما يرجع بالدرجة الأولى إلى بعض الأفكار القهرية، مثل أن يقول : (هذا اليوم يومى.. اليوم سوف أخسر وغداً سأعوض ذلك) وعلى الرغم من عدم التأكد من هذه الأفكار وثبات فشلها فى أغلب الاحيان، إلا أن المقامر يتمسك بها لأنه لا توجد لدية وسيلة أخرى- فيما يعتقد - لحل الضغوط النفسية لدية .

لذا نجد المقامر الذى إعتاد الخسارة يتعلم كيف يواجهها وكيف يتوقعها، وذلك بأن ينمى فكرة أخرى لدية مؤداها : «أن الفوز لابد وأن يكون حليفى فى النهاية».

(Sharpe, L. & Tarrier, N. 1993, p. 408)

البرامج العلاجية للمقامرة المرضية :

تهدف البرامج العلاجية للمقامرة المرضية للقضاء على الاضطرابات النفسية والسلوكية والاجتماعية ، بل والاقتصادية التى يعانى منها المقامر، وعلى الرغم من كثرة هذه البرامج، إلا أنها لم تقدم برنامجاً واحداً يصلح لعلاج كل حالات المقامرة المرضية، وذلك لأن ما يحدد طبيعة البرنامج المستخدم للعلاج، هو الطبيعة الكيلنيكية والديناميات النفسية للمقامر، وبعض العوامل الشخصية الذاتية له. وتتضمن البرامج العلاجية الشاملة للمقامرة المرضية، فى ثلاثة مراحل أساسية هى :

١- الوقاية والتدخل المباشر .

٢- المتابعة وإعادة التأهيل .

٣- عدم الانتكاسة . *(Mccartney, j. 1996, p. 64)*

وقبل تطبيق البرنامج العلاجى، يجب أن يحدد المعالج بعض العمليات الأساسية:-

١- تجميع البيانات الديموغرافية والخصائص الكلينيكية عن المقامر .

٢- قياس مدى فاعلية البرنامج العلاجى .

٣- قياس مدى رضى المقامر عن العلاج بعامة والأسلوب العلاجى المستخدم .

٤- تحديد العوامل التى تتنبأ بقدرة المقامر على تكملة العلاج .

(Stinchfield, R. 1994, p.1)

وفى عام ١٩٨٢ قدمت مؤسسة كاليفورنيا للمقامرة المشكل (CCPG) أول برنامج علاجى منظم للمقامرة المرضية، ويهدف هذا البرنامج لمساعدة المقامر على التوقف عن المقامرة، والعمل على توجيهه وإرشادة، ويوصى هذا البرنامج بضرورة عمل العلاج الجماعى والفردى للمقامرة المرضية، وذلك حسب طبيعة الحالة. ويحدد هذا البرنامج الخطوات العلاجية فيما يلى:-

١- إيجاد الأمل

٢- الحد من الضغوط المالية

٣- تنمية الشعور بتقدير الذات

٤- معالجة الشعور بالذنب، والخجل والندم

٥- التوقف عن المقامرة

٦- التوافق مع الرغبات والدوافع التى تساعد على المقامرة

٧- تنمية علاقات إجتماعية جديدة وإيجابية

٨- القضاء على مشكلات الحياة اليومية .

٩- إعادة الثقة بالذات

١٠- تنمية عادات ومهارات جديدة

١١- الابتعاد عن التفكير الخيالى وتنمية التفكير المنطقى

(CCPG. 1982)

وقد وضع «شارب وتارير» نموذجاً علاجياً للمقامرة المرضية، يعتمد على العلاقة بين العوامل السيكولوجية والمعرفية والسلوكية التى تؤدى للمقامرة. ويرى هذا النموذج أن المقامرة المرضية ما هى إلا رد فعل للضغوط النفسية التى يعانيها الفرد، وبقدر ضعف مهارات الفرد فى حل هذه الضغوط، بقدر ما يكون الدافع قوياً للمقامرة. لذا ينصب علاج المقامرة المرضية على تنمية مهارات حل الضغوط النفسية من خلال مجموعة من العوامل المعرفية والسلوكية التى تعمل ضمن منظومة أيكولوجية واحدة، وتتمثل هذه المهارات فيما يلى :

١- التحكم فى الإثارة الذاتية التى يبعثها سلوك المقامرة

٢- القدرة على مواجهة وتحدى بعض الأفكار الخاصة بالمقامرة .

٣- أن يصبح لدى المقامر مهارة خاصة فى حل المشكلات .

٤- تنمية أفكار عقلانية لمواجهة الأفكار غير العقلانية، وتعمل على التدعيم الإيجابى للتوقف عن المقامرة .

ويرى «شارب وتارير» أن ما يساعد هذا النموذج العلاجى على التطبيق، كثرة مرات الخسارة فى المقامرة، وإن لم يتقبل المقامر هذا النموذج مع كثرة التعرض للخسارة فى المقامرة، فسوف يظهر لدية إنخفاض فى تقدير الذات، وإدمان الكحوليات ومزيد من المشكلات المالية والضغوط الإجتماعية. *(Sharpe, L & Tarrier, N. 1993, pp. 407-412)*.

وقد وضع «هودجنز وجوبالى» نموذجاً أطلقو عليه النموذج الخارج عن الحدود النظرية Transtheoretical Model، ويهتم هذا النموذج بالتغيير السلوكى للمقامر من خلال ثلاثة مراحل : مراحل التغيير، وعمليات التغيير، ومستويات التغيير، ويتم التغيير السلوكى للمقامر من خلال عمليات التغيير، أما مراحل التغير ومستويات التغيير، فهى مراحل تمهيدية للبرنامج العلاجى ومتغيرات للتأكد من مدى صلاحية البرنامج، ويرى «هودجنز وجوبالى» أن عوامل التغيير تشمل على : المدح، إعادة التقييم الذاتى، علاقات المساعدة، إعادة التقييم البيئى، التفريغ والتنفيس الدرامى، التحكم فى المثيرات، التحرر الاجتماعى.

وقد أجرى «هودجنيز» دراسات عديدة عن مدى فاعلية هذه المتغيرات فى علاج المقامرين، فاتضح أن أكثر العوامل فاعلية: المدح، إعادة التقيم الذاتى والبيئى.

(Hodgins, H. & El- Guebaly. 2001, p. 113)

وقد وضع «هولمز» برنامج علاجى للمقامرة المرضية، يمكن تطبيقة فردياً أو جماعياً أو عن طريق نصائح الأسرة، ويهدف هذا البرنامج لتحقيق ما يلى :

١- الشعور بالأمل

٢- حل المشاكل المالية

٣- عدم الاحساس بالذنب والعار والندم

٤- التوقف عن المقامرة .

٥- مقاومة العوامل المسببة للمقامرة .

٦- تنمية المهارات الاجتماعية اليديلة للمقامرة .

(Holmes, D. 2000, p. 1-2)

ويشبة هذا البرنامج لدرجة كبيرة البرنامج العلاجى الذى وضعتة مؤسسة كاليفورنيا للمقامرة القهرية (CCPG) .

العلاج النفسى الجماعى

تعريفات العلاج النفسى الجماعى:

العلاج الجماعى، عملية تتيح للمريض أن يمسك بماضية المتخفى واللاشعور بعامة فى مستوى شعورى وفى مستوى المعرفة – الشفاء، لا المجهلة، والتقدم حثيثاً فى إتجاة إعادة البناء، حيث الامساك بمسارب المقاومة، وما لم يكن يعرف أنه يعرفة، فيعيد بناء واقعة والعالم فى مستوى زمانى ومكانى يصل الماضى بالحاضر والمستقبل، فى بصيرة تعنى ما كان وما يكون ومن ثم التواصل من جديد مع عالم كان يرفضة.ويهرب منه، إذا إمتنعت عليه الأسباب والعلية، فامتنع الفهم وكان القرار خلاصاً أخيراً لمتصل شاحب بعالم مكدر، وهو ما يعنى فى مستوى آخر، إستثمار الليبدو فى العالم وغلبة الحب، وإستعادة الوجدان المفقود والثقة بالآخر وتراجع زيف الحكم، وتبدل الدفعات ،إذ قويت الآنا، وإتضحت الرغبة، وتراجعت النرجسية .

(حسين عبد القادر، ١٩٨٦، ٧٤٨)

وعلى الرغم من أهمية العلاج الجماعى، إلا أن الكثير كان ينظر إليه فى البداية على أنه وسيلة ،غير علمية، ولا تؤدى لأى نتيجة، لكن الآن، أصبح العلاج الجماعى أداة أساسية فى ؛كثير من العيادات والمستشفيات المتخصصة، حيث يستخدم مع كثير من الحالات والاضطرابات النفسية. ***(عبد الرحمن عيسوى. ١٩٧٩، ٢٣٦)*** مثل حالات الذهان والعصاب بعامة، وإدمان الكحوليات والمخدرات، خاصة الحالات التى يصعب علاجها بطريقة .فردية، وتكون عالية التكاليف . ***(Gottschoik,I.& D,avidson, R. 1972, p.54)***.

ويمثل العلاج الجماعى الأداة الفعالة فى علاج هذه الاضطراب، لأنه يحدث نوع من التوازن بين المنظمات النفسية الثلاثة «الهو- الأنا- الأنا الأعلى» وذلك من خلال فحص الصراعات الكامنة والرجوع لمراحل الطفولة الباكرة . ***(Mishne, J. 986, p.245)***

وقد بدأ إستخدام العلاج الجماعى للمقامرين على يد «بوب كستر» Bobcuster عام ١٩٧١، ومنذ هذا التاريخ بدأت تظهر فنيات علاجية أخرى مشابهة للعلاج الجماعى، وكان العلاج الجماعى هو الاداة .الوحيدة لعلاج المقامرة المرضية، وذلك لما يتميز به من قدرة على

تعديل سلوكيات المقامر وأفكارة الخاطئة عن المقامرة من خلال حل الصراعات وحرية التنفيس، وفتح الباب للانفعالات بأن تنطلق على الجماعة دون قيد أو شرط فتنخفض حدة الشعور بالذنب والخجل والقلق، مما يؤدى لأن يصبح المقامر أكثر ثقة بنفسه ومن ثم بالآخرين والعالم المحيط به. وبذلك يساعد العلاج الجماعى المقامرين فى النظر لكافة الصراعات من جوانب متعددة، من خلال عمليات المساندة الاجتماعية من جانب الجماعة، حيث يدرك المقامر أنه يشترك مع الآخرين فى كثير من المشكلات النفسية، مما يساعده على الاستبصار بنفسه والاستفادة من أخطاء الغير، عن طريق الجمع بين ما يعانية من خبرات ذاتية وبين ما يعيشه فى الواقع الاجتماعى *(Walker, M. 1995. p. 199)*

وتتمثل تعريفات العلاج الجماعى فيما يلى :

أولاً : تعريفات العلاج النفسى الجماعى فى علاقته بالمقامرة المرضية:

١ - تعريف ووكر (Walker, M) .

هو مجموعة من الطرق والفنيات التى تستخدم ديناميات الجماعة فى تغيير سلوك المقامر وبعض من جوانب شخصيته. ويلعب العلاج الجماعى نفس الدور الذى يلعبه العلاج الفردى، إلا أنه يختلف عن العلاج الفردى فى أن الجماعة تحل محل المعالج، مما يساعد على التعامل بحرية مع بعض خصائص المقامرين التى تعيق العلاج، وذلك مثل عدم الإحساس بالآخرين والحاجة إليهم، والمراوغة وقلة الصبر، وعدم القدرة على التخطيط، فالعلاج الجماعى بذلك أداة للخروج من العزلة، والاحساس بالجماعة. *(Walker,M. 1995. p 196)*

٢ - تعريف فرانكلين وريتشاردسون. (Franklin, J. Richardson, R)

هو أحد فنيات العلاج النفسى التى تنصب على المشكلات والأزمات التى يتعرض لها المقامر مثل المشكلات المزلية، ومشكلات العمل، والمشاكل الشخصية بما يحقق للمقامر الثبات الانفعالى والنفسى . *(Franklin, J & Richardson, R. 1988. p)*

ويجب أن ندرك أن تعريف كلاً من (ووكر) و(وريتشاردسون وفرانكلين) لا تنظر للعلاج الجماعى على أنه يتناول فقط المقامرين، بل إنهم ينظرون للعلاج الجماعى على أنه وسيلة لعلاج

كافة الاضطرابات النفسية بما فيها المقامرة المرضية، ولكن ما جاء فى تعريفاتهم، انما هو محاولة لتخصيص العلاج الجماعى على المقامرة المرضية.

ثانياً: تعريفات تنظر للعلاج النفسى الجماعى على أنه وسيلة لتعديل السلوك

١ - تعريف عبد الستار إبراهيم وعبد الله عسكر :

هو محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرضى، والتعديل فى نظرتهم الخاطئة للحياة ولمشكلاتهم من خلال وضعهم فى جماعة، بحيث يعمل التفاعل الذى يتم بينهم من جهة، وبينهم وبين المعالج من جهة أخرى إلى تحقيق الأهداف العلاجية

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٣٢٩)

٢ - تعريف كامبل. (Campbell, R)

هو طريقة لعلاج الاضطرابات الانفعالية وعدم التوافق الاجتماعى، والحالات الذهانية وفيها لا يقل عدد الجماعة العلاجية عن إثنين، مع وجود معالج أو أكثر. وتختلف تقنية هذا العلاج باختلاف المدارس النفسية، حيث تقسم كل مدرسة العلاج الجماعى حسب نظرياتها، لذا نجد العلاج النفسى الجماعى عند «سلانسون» ينقسم إلى:

العلاج الجماعى النشط. Active group therapy

العلاج الجماعى التحليلى. Analytic group therapy

العلاج الجماعى الموجه . Directive group therapy

ولكل من هذه الأنواع أساليبها وطرقها المختلفة

(Campbell, R. 1989. pp 601-2)

٣ - تعريف أحمد عزت راجح.

العلاج الجماعى، علاج للحالات التى تعانى من سوء التوافق، وذلك فى موقف جماعى يتيح لأفراد الجماعة فرص التفاعل والتأثير المتبادل بينهم وبين المشرف الذى يحرص على ألا يحتكر المناقشة، بل يشجعها، وهو ما يحدث بدورة تغيراً فى سلوكهم وأعراضهم، بجانب

نظرتهم للحياة، ولذا فهو يستخدم لعلاج الأطفال المشكلين، وبعض حالات الفصام، والاضطرابات الانفعالية والسيكوسوماتية، بقدر ما يستخدم لعلاج مشكلات الحياة العائلية والمهنية والجنسية والإدمان. *(أحمد عزت راجح، ١٩٨٧، ٦١٨)*

٤ - تعريف حامد زهران :

هو علاج عدد من المرضى ممن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معاً، وذلك بوضعهم فى جماعات صغيرة تتيح لهم فرص التفاعل والتأثير المتبادل مع بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج - أو أكثر من معالج - مما يؤدى بدورة إلى تغيير سلوكهم المضطرب - وتعديل نظرتهم إلى الحياة، وتصحيح نظرتهم إلى أمراضهم، وعادة ما يتم ذلك بصورة غير مباشرة أو غير موجهه. *(حامد زهران، ١٩٧٨، ٣٠٧)*

ثالثاً : تعريفات العلاج النفسى الجماعى من حيث أنه تفاعل نفسى واجتماعى:

١ - تعريف لطفى فطيم

هو علاج يتكون من أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمى تحمى أعضاءها ويقودها قائد متمرس، يهدف إلى إحداث تحسين عاجل فى اتجاهات وسلوك الأعضاء والقادة من خلال التفاعلات المحددة والمحكومة داخل الجماعة *(لطفى فطيم ، ١٩٩٤، ٤٩)*

٢ - تعريف محمد أحمد النابلسى :

هو طريقة علاجية نفسية يعتمد فيها المعالج إلى إستخدام طرائق التفاعل بين أفراد الجماعة بهدف مساعدة أفرادها على تخطى صعوباتهم الانفاعلية، والعلائقية .

(محمد أحمد النابلسى، ١٩٩١، ١٧٧)

٣ - تعريف محمود حمودة :

هو العلاج الذى يتم فى إطار من المرضى يتراوح عددهم من (٣ - ١٥) مريضاً، ممن يتشابهون فى إضطراباتهم، بجانب معالج نفسى أو أكثر، يسمح التفاعل القائم بينهم فى إحداث تغييرات فى شخصياتهم، وذلك عن طريق تدعيم الأعضاء لبعضهم البعض

(محمود حمودة، ١٩٩١، ٥٣٤)

٤ - تعريف فاخر عاقل :

هو إجتماع عدد من المرضى بجانب المعالج الذى يقوم بإدارة المناقشات، ويفترض هذا النوع من العلاج أن سماع المريض لمشكلات الآخرين، وكيفية معالجتها، تكون له آثار إيجابية على المريض. ***(فاخر عاقل، ١٩٨٨، ١٦٧)***.

رابعاً تعريفات تشير للعلاج النفسى الجماعى بوصفه بنية :

١ - تعريف حسين عبد القادر وآخرون :

هو شكل من أشكال العلاج النفسى، يقوم على علاج المريض داخل جماعة، يختلف طول عدد أفرادها بإختلاف المدرسة التى يتبعها المعالج، والهدف من العلاج، لكنه فى كل الأحوال يستحيل أن يقل عن إثنين. ***(حسين عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٥١٠)***.

٢ - تعريف أحمد عكاشة :

هو إجتماع عدد من المرضى، يتراوح عددهم ما بين (٥ - ١٥) مريضاً فى ظل وجود الطبيب الذى يقوم بمناقشة المشاكل والأمراض التى يعانيها هؤلاء المرضى فى هيئة جلسات جماعية بهدف الوصول إلى العلاج. ***(أحمد عكاشة، ١٩٩٢، ٢٢٥)***.

٣ - تعريف كابلين وسادوك :

أحد أشكال العلاج النفسى الذى يتضمن وجود مريضيين أو أكثر فى ظل وجود معالج نفسى يقوم بتسهيل التفاعلات الوجدانية والمعرفية التى تؤثر بدورها فى إحداث تغير للسلوك اللاتوافقى للمرضى. ***(Kaplan, H, & Sadock, B. 1972 - p. 19)***

خامساً: تعريفات توضح أن العلاج النفسى الجماعى أداة للتنفيس الانفعالى:

١ - تعريف عبد المنعم الحفنى :

هو إجتماع من المرضى لا يقل عن إثنين، وذلك تحت إشراف المعالج، بحيث تؤدى العلاقة المشتركة بين المرضى والمعالج إلى تشكيل موقف جماعى حقيقى يسمح للمريض بسماع

مشاكل الآخرين، وكيفية محاولتهم حلها، بقدر ما يعطيه مجالاً للتنفيس عن نفسه من قبيل ما يحدث فى الدراما النفسية، حيث يقوم المرضى أنفسهم بتمثيل مشاكلهم دراميا على المسرح بحضور المعالج. *(عبد المنعم الحفنى، ١٩٩٤ ، ٣٤٠)*.

٢ - تعريف كمال دسوقى :

صورة من صور العلاج النفسى الذى يقوم فيه المعالج بعلاج عدة أشخاص فى وقت واحد من خلال لقاءات جماعية، تتيح لهؤلاء الأشخاص الفرصة للتعبير عن مشكلاتهم ومصاعبهم، وذلك عبر المناقشات الجماعية التى يقوم فيها المعالج بدور القائد والتى تكون ذو آثار تصريفية وعلاجية على الفرد، ويتميز هذا النوع من العلاج والفاعلية، بقدر ما يتميز باقتصاده لوقت المعالج. *(كمال دسوقى، ١٩٨٨ ، ٦١٣)*.

٣ - تعريف أسعد رزق :

هو المعالجة الجماعية للاضطرابات العقلية أو العاطفية لدى جماعة من الناس بالوسائل السيكولوچية من قبيل إستخدام السيكودراما، والسوسيوجرام، القائمين على الارتجال الموجه للمشاهد، وغايته حمل المرضى على تمثيل تصرفاتهم فى الحياة بغية مساعدتهم .

(أسعد رزق، ١٩٨٧، ١٨٦).

أشكال ومناهج العلاج النفسى الجماعى :

تتنوع أشكال وطرق العلاج الجماعى تبعاً للأهداف التى يضعها المعالج وصولاً للهدف الاساسى من العلاج، وهو الوصول لحالة السوية والقضاء على المرض، وهذا ما ينطبق على العلاج الجماعى للمقامرة المرضية، إذ أن هناك أشكال كثيرة مثل العلاج الزواجى المشترك Conjoint marital therapy والعلاج بالسيكودراما، وما يتبع ذلك من أساليب تكميلية للعلاج مثل عرض الافلام والاسترخاء والارشاد والتوجية. كل ذلك من أجل حث المقامر على التوقف عن المقامرة والتحكم فى الاندفاعات لدية، والتعامل مع مشاكلة الشخصية .

(Custer, R. & Milt, H. 1985, p. 301)

ويرى «سلافسون» أن تنوع أشكال العلاج الجماعى ومناهجة يرجع إلى إختلاف المدارس السيكلوچية وإختلاف معتقداتها حول طبيعة السلوك الانسانى فى السوية والمرض، لكن سلافسون يحدد ثلاثة أنواع أساسية للعلاج الجماعى هى :

١- العلاج الجماعى النشط : Active Group Therapy

وهو العلاج الذى يلائم الاطفال فى مرحلة الكمون، حيث يساعد على القضاء على السلوكيات المرضية الشاذة من خلال معالجة الأنا المريضة وتكوين أنا أعلى للطفل، مما يسمح بتعديل السلوك لدية، وهنا يجب عدم ممارسة أى نوع من أنواع العقاب إلا فى حالة عدم القدرة على ضبط الجماعة ***(Campbell, R. 1989, p.602)*** ويوضح «ريبر» أن هذا النوع من العلاج، يكون للمعالج دور مباشر فيه، إذ يقوم بتعديل السلوك، لكن دون أن يفسر ذلك للأطفال، ولو أن هذا الدور سلبياً، إلا أن هذا العلاج يطلق عليه أحيانا، العلاج المباشر، نظراً للدور الاساسى الذى يلعبة المعالج ***(Reber. A. 1987, p.707)***

٢- العلاج الجماعى التحليلى : Psychoanalytic group therapy

وهنا يختلف دور المعالج، حيث يصبح أكثر إيجابية، فهو لا يعدل السلوك فقط وإنما يفسر للمريض ضروريات التعديل، حتى يستبصر بذاتة ويعى مشكلاتة فيقضى عليها. وينقسم العلاج الجماعى التحليلى إلى العلاج الجماعى باللعب Play group psychotherapy، وهو ما يتلائم مع الاطفال الصغار، حيث يؤدى اللعب إلى شغل خيالات الاطفال فيعمل على تفريغ شحنة القلق لديهم، وبجانب هذا النوع هناك العلاج الجماعى بالمقابلة النشطة Activity interview group psycotherapy، وتتلائم هذه الطريقة مع الحالات التى تعانى من العصاب حيث يقوم فيها المعالج بتعديل سلوك الأفراد وإعطاء تفسير مناسب لضرورة التعديل، وبجانب ذلك هناك العلاج الجماعى بالمقابلة interview group psychotherapy وهو أسلوب يناسب المراهقين والبالغين، وفيه يحدث نوع من التأثير المتبادل بين المرضى بعضهم البعض، فيكون ذلك نقطة البدء فى العلاج .

٣- العلاج الجماعى الموجة: Directive group psycotherapy.

ويندرج تحت هذا النوع، الانشطة التعليمية والتهذيبية، الخاصة بالذهانين، وكذلك عمليات الترفية العلاجى ومساعدة المرضى للنوافق مع بيئتهم . *(Campbell, R. 1989, p.602)*

وإذا كان العلاج الجماعى له أنواعة المتعددة، فإن له أيضاً طرق ومناهج .تهدف فى المقام الأول العلاج المرضى، وعلى ضوء ذلك تتحدد طرق العلاج الجماعى فى: العلاج الجماعى التدعيمى. Supportive group psyohptherapy، وهو العلاج الذى يهدف لابقاء حالة المريض على ما هى عليه دون أن تتحسن أو تسوء، وهنا لا يكون المعالج بحاجة لأن يستبصر المريض بحالتة، بقدر ما يحاول علاج ما يمكن علاجة، وبجانب هذه الطريقة، هناك العلاج الجماعى البنائى Constructive group psychotherapy ويهدف لاعادة بناء الشخصية، ويتطلب ذلك إزالة الأعراض ومظاهر الاضطراب عن طريق التحليل والتفسير . أما العلاج الجماعى الجذرى Radical psychotherapy. فهو الذى يسعى للتغيير المستمر بلا حدود أو نهاية ***(محمد شعلان، ب ت، ١٣-١٤)*** .

وهناك العـــديد من التقسيمـــات الأخـرى للعلاج الجماعى مثل السيكودراما، وهى طريقة وضعــها مورينو Morenoe، وتعتـــمد على ممارسة الأدوار وتمثيلها فى داخل الجماعة، فيكتشــــف المريـــض مشـــكلاتة وأخطائة أثنـــاء التفاعـل مع الآخـــرين، ***(عبدالســـتار إبراهــــيم، عبدالله عسكر، ١٩٩٩، ٣٣)***، وهنـــاك الجماعـــة الحســـاسية Sensitivity group وفيها يحاول المفحوصين زيادة وعيهم الذاتى وفهمهم لدينامية الجماعة، وهناك أيضاً الجماعة التدريبية Training group أو ما يطلق عليها «جماعة T» وفيها يلتقى أعضاء الجماعة ليتعرف كلاً منهم على شئ جديد فى نفسه، وعن علاقاتة مع الغير، وجماعة الماراثون Marathon group، وهى جماعة تلتقى لمدة طويلة تتراوح بين ٨: ٧٢ ساعة وهدفها تنمية الألفة وتشجيع التعبير الصريح عن العواطف. وبجانب ذلك هناك العلاج الجماعى الأسرى، وهو العلاج الذى يرى أن الأسرة هى الأساس فى الاضطرابات النفسية، فيجعل المعالج من الأسرة جماعة علاجيـــة لمناقشة ذلك. وهناك العلاج الجماعى الزواجى، والذى يقتصـــر على الـــزوج والزوجة، ويناقش المشكلات بين الزوجين، بما فيها المشاكل

الجنسية *(على كمال، ١٩٩٤، ٤٤٨)* وقد إستخدم «بويد وبولين» هذا النوع من العلاج الجماعى لعلاج كالمقامرة المرضية.

(Boyed, W.& Bolen, D. 1970, p.78)

وقد ظهر حديثاً شكل أخر من أشكال الجماعات العلاجية يسمى، جماعات المواجهة أو الحوار E ncounter groups وهو ما سيستخدمة الباحث فى علاج المقامرة المرضية.

جماعات المواجهة أو الحوار Encounter Groups

إستخدم هذا النوع بعض المعالجين أمثال «روجرز» وذلك لتدريب الفرد من خلال مواجهة الجماعة على تطوير إمكانياتة الشخصية وتدريب حساسيتة عند التفاعل بالضغوط الاجتماعية والجماعات. ويلجأ لهذا النوع من العلاج الأشخاص الذين لا ينتمون بالضرورة إلى المرضى النفسيين والعقليين، ويقرر الأفراد الذين تعرضوا لخبرات علاجية من هذا النوع بأنهم ينتمون إلى «فهم أفضل للآخرين» وإلى طرح الزيف والثقة بالناس ومواجهة الذات على حقيقتها. ويلاقى هذا النوع جدلاً كبيراً بسبب منهجة القائم على إثارة الضغوط الاجتماعية على الفرد ومواجهتة من قبل الجماعة وما يتبع ذلك أحياناً من إحباطات.

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٣٣٤-٣٣٥)

ويوضح روجرز أن بناء جماعات الحوار يميل لاتباع برنامج بعينة يمكن تنظيمة داخل إتجاة سلوكى، وذلك على النحو التالى :

١- مرحلة الدوران: وهى مرحلة الاختلاط والارتباك والصمت والتفاعل السطحى والذى يشار إليها كحدث غُفل يبدأ بالتعثر.

٢- المقاومة للتغير الشخصى أو الاكتشاف: وذلك عندما يخاطر الفرد يكشف بعض الاتجاهات الشخصية التى يقابلها الأعضاء الآخرين باستجابات ثنائية تميل إلى قطع المشاعر المتبادلة بينهما.

٣- وصف الاحاسيس الماضية: حيث يصف الفرد إتجاهاتة الشخصية مع إتاحة المجال للمناقشة للأعضاء كى يروا الخبرات الماضية مرة أخرى .

٤- التعبير عن المشاعر النفسية: وذلك لأعضاء الجماعة السلبين، فقد إفترض «روجرز» أنه عندما يتم التعبير عن المشاعر السلبية ويتم قبولها، فإن مناخ الثقة يكون قد بدأ فى التطور الذى يسمح بمناقشة الموضوعات المرتبطة بالمشاعر غير السارة التى يتم تجنبها فى العلاجات المتبادلة خارج الجماعة .

٥- التعبير عن المشاعر المتبادلة المباشرة: سواء أكانت إيجابية أم سلبية بين أعضاء الجماعة تجاة بعضهم البعض داخل الجماعة العلاجية .

٦- نمو الطاقة الشافية فى الجماعة: وفى هذه المرحلة، يصبح أعضاء الجماعة متعاونين، مما يسهل الحركة العلاجية ،عبر الاقتراحات المفيدة، والقبول المتعاطف فيهم .

٧- القبول الذاتى فى بداية التغيير، حيث يبدأ الأعضاء فى قبولهم لأنواع سلوكهم .

(Goldstein, A. & Wolpe, J. 1972, p.128)

ديناميات وفنيات العلاج النفسى الجماعى

يرى الباحث أنه على الرغم من أن فنيات العلاج الجماعى تلعب دوراً كبيراً فى تشكيل سلوك المريض، إلا أنها تشكل أيضاً سلوك المعالجين وتجعل منهم ثلاثة أنواع: معالج يصنع الأحداث ومعالج تصنيعه الأحداث، ومعالج يشاهد الأحداث، وفى كل الحالات يبدو المعالج أكثر صبراً، لكنه فى حاجة إلى المزيد منه، خاصة وإذا كان بصدد حالات جماعية مثل جماعات المقامرة المرضية .

لذا يبدو العلاج الجماعى وفنياتة أمراً صعباً يحتاج لمهارة فدقة وإعداد جيد، الأمر الذى يجعل من نجاح العملية العلاجية أمر مؤكد لدرجة كبيرة. ولكى تسير خطة العلاج بنجاح يجب أن يهتم المعالج ،بالعديد من الأمور والفنيات مثل : تحديد حجم الجماعة، وعدد الجلسات وطولها. وكيفية إدارة الجلسات العلاجية، وتجانس الجماعة، وإختيار المكان الملائم للجلسات، ونوعية أفراد الجماعة العلاجية، وسوف نعرض لهذه الفنيات بشئ من التفصيل .

وفيما يتصل بحجم الجماعة العلاجية، فإنه يتوقف على حنكة المعالج وكفاءتة فى قيادة الجماعة وخبرتة، واطمئنانة لمهاراتة وقدرتة القيادية، ومن المفضل أن يتراوح عدد أفراد الجماعة من (٥-٦) أفراد بالنسبة للمعالج المستجد، وأن يزداد هذا العدد حتى يصل إلى ما يقرب من (١٠) أفراد بالنسبة للمعالج الخبير . كما يتوقف حجم الجماعة أيضاً على تعقد الاجراءات العلاجية المستخدمة، فإذا إستخدمنا شكلاً واحداً من العلاج، فمن الممكن زيادة حجم الجماعة لتصل إلى (١٠) أو (١٢) فرداً أما إذا كان الأمر يتطلب إجراءات خاصة لكل فرد فيها، فإنة من .الأفضل التعامل مع جماعة صغيرة، حتى بالنسبة لمعالج محنك.

(عبد الستار إبراهيم، عبدالله عسكر، ١٩٩٩، ٣٣٧، ٣٣٣٨) .

ومن ناحية الجلسات العلاجية وطول مدتها، نجد أن كثير من المعالجين يفضلون أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع، وأن كان من الأفضل أن تتم فى البداية بمعدل جلستين فى الأسبوع، وذلك للمساعدة على تيسير التفاعل بين أفراد الجماعة، ومراقبة المشكلات وتحديد الأهداف العلاجية لكل مريض بدقة، وتستغرق الجلسة الجماعية عادة من ساعة إلى ثلاث ساعات وبمتوسط ساعتين، وقد يكون للجلسات الإضافية فائدة فى العملية العلاجية، وهو ما يدفع بعض المعالجين لاستخدام جلسات فردية لمدة ساعتين من كل أسبوع مع الأعضاء المختارين، يدعمون من خلالها الاتجاهات الإيجابية للعملية العلاجية، ويجب أن يثبت زمن الجلسة سواء كان ساعة أم ساعة ونصف، ويرى البعض أن زمن الجلسة الذى يستغرق ساعة واحدة يكون غير كافى، إذا أن التفاعل الإيجابى بين أعضاء الجماعة العلاجية يكون فى قمتة فى نهاية الساعة الأولى، ويرى البعض الآخر، أن زيادة الجلسة العلاجية عن ساعة، يعد أمراً مرهقاً للمريض والمعالج ***(Mullan, H. & Rosenbaum, M.1978, pp.80)***. أما عن عدد الجلسات فهى تصل فى المتوسط إلى عشرين جلسة، ***(روبرت هاربر، ١٩٧٤، ٢٠٢)***، وبالنسبة لمواعيد الجلسات، يجب على المعالج إختيار أفضل الأوقات التى تلائم حاجات مرضاه، وعدم تغيرها سواء من حيث الأيام أم من حيث ساعات اللقاء، حيث يؤدى الانضباط فى المواعيد إلى إستمرارية المرضى فى الجلسات العلاجية، ويفضل أن يجلس المرضى أثناء العلاج على شكل نصف دائرة، وذلك حول مائدة كبيرة ***(عبد الرحمن عيسوى، ١٩٧٩، ٢٤١)*** حيث يمثل وضع الجلوس الذى يختارة المريض أمراً هاماً فى العملية العلاجية، إذ يفضل بعض

المرضى الجلوس بجانب فرد معين، وهو ما يضعه المعالج موضع التحليل لتفسير دينامية الجماعة، وفيما يتصل بتسجيل الجلسات العلاجية، فلابد أن يخبر المعالج مرضاه بذلك، وأن يذكر لهم أن ذلك بغرض الفائدة لهم شريطة أن يكون ذلك فى أول جلسة .

(Mullan, H. & Rosenbaum. M. 1978, p. 78)

وبالنسبة لادارة الجلسات العلاجية، يعتمد بعض المعالجين على تأثيرهم الشخصى على مرضاهم، وذلك عن طريق التوجية والارشاد من خلال المحاضرات، ويعتمد البعض الآخر من المعالجين على أعضاء الجماعة أنفسهم فى إلقاء أغلب الأحاديث، وتبادل الآراء والمناقشات مع أقل تدخل ممكن من جانب المعالج، ويعتمد فريق آخر من المعالجين على دعوة بعض المرضى الذين تم شفاؤهم إلى إلقاء أحاديث على المرضى الحاليين، يقصون فيها خبراتهم أثناء المرضى وخلال تقدمهم نحو الشفاء. ***(حامد زهران، ١٩٧٨، ٣٢٠)*** وقد يواجه المعالج ببعض الصعوبات فى إدارة الجلسة مثل مقاومة المرضى، والتردد فى قبول العلاج والدخول فيه، بجانب فضول بعض المرضى تجاة بعض طرق العلاج، فضلاً عن كثرة الأسئلة من جانب المرضى عن مدى فاعلية العلاج. وما يقلل من هذه الصعوبات، خبرة المعالج وإيجابيتة وتعاطفة مع إضطراب المريض وقلقة، وأن يكون أكثر وعياً بالمرض وأعراضة،.والمريض حامل المرض. وإذا كان بعض أعضاء الجماعة العلاجية مصدر خطر وتهديد على تماسك الجماعة، كما هو الحال فى المرضى السيكوباتين أو العدوانيين، حيث نجدهم أكثر سخرية وعدوانية على أفراد الجماعة، فإن على المعالج أن يقوم بوضعهم فى جماعة أخرى مستقلة، أو أنه يبدأ معهم بالعلاج الفردى إلى أن يحين الوقت ويكونوا أكثر قدرة على الانضمام للجماعة العلاجية مرة أخرى .

(Mullan, H. & Rosenbaum, M. 1978, p.76)

أما فيما يتصل بتجانس الجماعة، نجد أن البعض يشير إلى أهمية تشابة أعضاء الجلسة العلاجية فى أعراضهم ومشكلاتهم، فهذا بدورة يؤدى إلى الإهتمام المتبادل والتعاطف والمشاركة الوجدانية بين الأعضاء، فتماثل الجماعة من حيث المرض والجنس والتعليم والمستوى الاجتماعى والاقتصادى، يؤدى لنتائج إيجابية فى العلاج، نظراً لأنه يقلل من التوتر ويزيد من فرص التفاعل بين أفراد الجماعة، ويساعد كل فرد على التوحد بالآخر .

وبالتالى تقبلة كنموذج وصديق، مما يساعد المعالج على وضع الاجراءات العلاجية وخطة البرنامج العلاجى، ولكن يجب أن نحذر من التجانس التام، إذ أنه يؤدى إلى إنشغال المعالج بوضع خطة علاجية واحدة متجاهلاً بذلك بعض المشكلات الأخطر شأناً والتى قد يكتشفها بين أفراد الجماعة بعد بدء العلاج . *(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩ ، ٣٤٠)*

وفيما يتعلق باختيار المكان الملائم للجلسات، يفضل أن يكون اللقاء فى البيئة الطبيعية التى سيتفاعل فيها المريض بعد علاجة، على أن الانتقال إلى الأماكن الطبيعية يجب أن تسبقة جلسات توجيهية تكون فى أماكن جذابة ومريحة أو فى عيادة نفسية، حيث تكون لها هيبتها وجاذبيتها للمرضى، على أن تنتقل الجلسات إلى مواقع حية، يتم فيها مراقبة المريض فى مواقف فعلية، ويتلو ذلك جلسات تصحيحية تتم فى العيادة من جديد . ولكى نقلل من التشتت، من الأفضل ألا يكون هناك هاتف فى المكان الذى تجرى فيه الجلسات.

(Mullan, H. & Rosenbaum, M. 1978, p.78)

وبالنسبة لاختيار أفراد الجماعة، يقوم المعالج بإجراء مقابلة فردية لكل فرد مرشح للانضمام للجماعة، قبل أن تعقد الجماعة أول جلسة لها، وفى هذه المقابلة يحاول المعالج أن يعرف شيئاً عن مشكلات الشخص، وأن يشرح له كيف تعمل الجماعة، وأن يعطية الفرصة ليقرر ما إذا كان يرغب فى الانضمام للجماعة أم لا، إذ أن هناك بعض المرضى الذين يقررون الانضمام للجماعة، ثم لا يلبثوا أن يتركوها مما يؤدى لصدمة للعضو الآخر الذى إندمج مع المريض، وهناك بعض المعايير التى يجب أن يتخذها المعالج لاستبعاد المريض من جلسات العلاج الجماعى، وهى :

- شعور المريض بعدم المساواة مع المرضى الآخرين، إذ يبدون أفضل براعة منه فى ديناميات العلاج النفسى الجماعى .

- الخوف من فقدان التحكم فى دوافع الفرد غير المعقولة، والخوف من المجهول غير المتوقع، والهروب من النزعات الجنسية، والخوف من مواجهة ذلك فى وجود الآخرين فضلاً عن كثرة الانكار أو الرفض من جانب الجماعة، مما يؤدى إلى شعور الفرد بأنه غير مرغوب فيه .

(Forster, E. 1977, p.164)

لذلك يحتاج المرضى إلى إعداد جيد من جانب المعالج قبل الإنضمام إلى الجماعة العلاجية ويشمل هذا الإعداد، تحمل المريض لضغط الجماعة العلاجية، والثقة فى رفاقه فى الجماعة. وتهيئتة لأن يصبح عضواً فى الجماعة، وضمان عدم لجوئة إلى المقاومة، وإفهامه أنه سوف يستفيد من الموقف والوسط الاجتماعى فى الجماعة العلاجية، كما أنه سوف يفيد رفاقة أعضاء الجماعة علاجياً فى نفس الوقت . *(حامد زهران، ١٩٧٨، ٣١٢-٣١٣)*.

ومن فنيات الإعداد للعلاج الجماعى أيضاً، ضرورة تعريف أفراد الجماعة وإعلامهم بالخطة العلاجية. فعادة ما لا يكون أفراد الجماعة على علم مسبق بطريقة العلاج الجماعى وقيادتة وأنماط التعامل فيه، لهذا يفضل أن يعرِّف المعالج كل مريض على حدة مسبقاً بما سيتوقعة من الجلسات، وبالطريقة التى سيعامل بها، ويجب مساعدة الفرد بعد ذلك على إتخاذ القرار الملائم له، وذلك دون إغراق المريض بالتفاصيل النظرية .

(عبد الستار إبراهيم، عبد الله عسكر، ١٩٩٩، ٣٤٣).

ومن خلال ذلك يبدو دور المعالج .فى خلق جماعة متماسكة تشجع المرضى كى تتكون لديهم المسئولية نحو علاجهم، وذلك من خلال الجو العلاجى الذى يسودة الحب والتقبل والتسامح والفهم والحرية وغير ذلك من ضرورات الجو العلاجى السليم الذى يتيح للمرضى القدرة على التعامل مع الكل لتطوير الأمل، وتنظيم التفاعل وإحداث تغيرات إيجابية . ***(Betcher, R. 1983, p.370)***. وهنا قد يواجة المعالج صعوبات تتمثل فى تأسيسة لبعض الأنشطة الجماعية التى تتسم بالتأثير الشديد بقدر ما تتسم بالتعدد والواقعية كى يتمكن من تخليص المرضى من الجروح العاطفية ***(Kleir, R. 1977, p.205)*** وحل صراعاتهم الداخلية، والتخفيف من قلقهم وإزالة أعراضهم، وتحسين علاقاتهم المتبادلة والاتجاة نحو الانجاز الذاتى.

العلاج النفسى الجماعى للمقامرة المرضية ومدى فاعليتة

يرى الباحث أنه ليس هناك أقسى على الفرد إلا عندما يصبح مقامراً مرضياً، وإن كان هناك أشياء أخرى لها تأثيرها القوى، إلا أن المقامرة قدْ تفوق كل شئ، لأن تأثيرها يستمر طويلاً، فتُعلم المقامر ألا يتعلم شئ ! وبذا يصبح لا شئ أقوى من المقامرة إلا الهرب منها وعلاجها. فالنصيحة مع المقامر لا تفيدة، بل تزيد من الكبت لدية، وليس معنى أن تقول له الصدق أن يصدق كل ما تقول . ذلك لأن كل مقامر إعتاد على أن يترك فى عقلة مكاناً فارعاً يضع فيه آراء ونصائح الآخرين، فلدية قدرة عجيبة لابتلاع النصائح، ربما لأنه يرى أنها لا توجع معدتة ! ولأنه يعتقد أن المقامرة هى الداء والدواء، وهو بذلك يموت جوعاً فى إنتظار مأدبة الحظ، ويخسر ذاتة وحياتة لأنه يضعها فى شئ واحد فقط. إذ يقامر على نفسة بالمقامرة فيسقط فى يدها فى ذات اللحظة التى يتصور أنها سقطت فى يدة. وبالرغم من ذلك لا يتألم لحالة، إنما الذى يؤلمة أن الآخرين لا يدركون آلامة. ومن خلال هذه النقطة يكون عمل المعالج النفسى عن طريق عمليات الطرح الموجب والعلاقات الشخصية والبينشخصية فى العلاج النفسى الجماعى .

لذلك يهتم كثير من المعالجين النفسيين بالعلاج الجماعى للمقامرة المرضية، ويكفى أن نذكر أن مؤسسة «المقامر المجهول» إعتبرت العلاج الجماعى أداه أساسية لعلاج المقامرة المرضية. *(Waker, M. 1995, p.196)*. وتتعدد المحاور العلاجية الجماعية للمقامرة المرضية، لكن أغلب هذه المحاور، تلك التى تركز على خصائص الشخصية والضغوط النفسية للمقامر. وهذا ما جعل «كستروميلت» يركزون فى العلاج الجماعى للمقامرة المرضية على الخصائص الشخصية غير المتوافقة مثل عدم الامانة والتسامح، وعدم القدرة على التخطيط وإتخاذ القرار، وعدم القدرة على حل المشكلات، وتجنب المسئولية .

فمثل هذه الخصائص تجعل من الصعوبة بمكان أن يتوافق المقامر مع ضغوط الحياة اليومية فتكون المقامرة بالنسبة له الطريق الوحيد للنجاة. وللقضاء على هذه الخصائص إستخدام «كستروميلت» برنامج بربكسفيل Brecksvill programe والخاص بتعديل سلوكيات المقامر اللاتوافقية، وقد حرص الباحثان على أن يتعلم المقامر المرضى- من خلال العلاج الجماعى- بعض الفنيات المعينة للتوافق مع ضغوط الحياة، خاصة الفنيات التى فقدها من خلال ممارسة المقامرة *(Custer, R. & Milt, H. 1985, p.301)* .

والفنيات التوافقية التى يحرص عليها «كستروميلت» هى ما جعلت «سباينر» يرى أن العلاج الجماعى للمقامرة المرضية، يجب أن يتيح فرصة تحمل المسئولية والقبول والصبر وتنظيم الذات والحساسية للأمور المختلفة. ولا يتمكن العلاج الجماعى من ذلك إلا من خلال تحديد الضغوط الاساسية للمقامر، والتى تتضح من خلال السيرة الذاتية التى يرويها المقامر عن نفسة وعن قصتة مع المقامرة، وكذلك من خلال تعليقات المقامرين عليها. وبمجرد أن يكتشف المعالج العيوب الشخصية مثل المراوغة والعناد stubborn وتبلد المشاعر والاحتيال، يعمل من خلال العلاج الجماعى على مواجهة هذه السلوكيات واحدة تلو الآخرى، وتكون الفرصة كبيرة فى تعديل ذلك، نظراً لأن المقامر يصبح غير متأكد من قدرتة على مقاومة ضغط الجماعة ورفضها له، وهو لا يعدل سلوكة ويمتثل للجماعة حفاظاً على المبادئ، وإنما حفاظاً على علاقات شخصية لذلك يرى «سباينر» أن العلاج الجماعى تدريب قصير لمساعدة المقامر على تعلم أساليب توافقية جديدة أو إستعادة أساليب توافقية قديمة .

(Spanier, D. 1987, p.140)

ويستخدم العلاج الجماعى للمقامرة بعض الأساليب التكميلية التى يقوم بها المعالج مع الجماعات الصغيرة، وذلك مثل عرض الأفلام، والاسترخاء والارشاد الفردى، فيقوم الفيلم بعرض الأحوال والظروف الصعبة التى يمر بها المقامر، كذلك يعرض للفوائد التى يحققها الفرد من الامتناع عن المقامرة. كذلك يعمل الاسترخاء على أن يتعلم المقامر التوافق مع القلق، وكيفية التغلب على الإثارة، وبجانب العلاج الجماعى، قد يستخدم المعالج الارشاد الفردى، فهو أداة مساعدة للتغلب على المشاكل من خلال إعادة بناء الموقف وتحديد الجوانب الضارة فى المقامرة.

(Walker, M. 1995, p. 198)

وإذا كان العلاج الجماعى للمقامرة المرضية يستخدم أدوات تكملية كالأفلام والاسترخاء والارشاد الفردى، فإن بعض المعالجين يستخدمون العلاج الزواجى المشترك Conjoint Marital therapy كأداة تكملية للعلاج الجماعى للمقامرة المرضية، وأن كان بعض المعالجين يعتبرونة نوعاً مستقلاً للعلاج الجماعى وليس أداة تكملية. ويشبة هذا النوع لحد كبير العلاج الجماعى عن طريق جماعة المواجهة أو الحوار. ويقوم هذا العلاج على فرضية أساسية

مؤداه: أن المقامرة المرضية هى رد فعل للضغوط الزواجية وبخاصة تلك التى يشعر بها الفرد تجاه شريك حياتة، فالمقامرة المرضية ما هى إلا أعراض زواجية، ناتجة عن عقدة التفاعل الزواجى المريض Pathological marriage interaction. وتقوم فكرة العلاج على حضور كلاً من الزوج والزوجة فى جلسة علاجية تحتوى فى البداية على حوار ومناقشة مفتوحة حول المقامرة، شريطة ألا يكون هذا الحوار موجه، ثم يحكى الزوج حكايتة مع المقامرة، ثم تواسية الزوجة على ما مر به من أحزان، وفى المرحلة الثانية يحاول المعالج أن يجعل الزوجة تتحدث عن الأضرار التى عادت عليها من جراء المقامرة، أى أن جوهر العلاج هنا، هو تبادل الأدوار بين الأزواج، وهو ما أطلق عليه «بولين وبويد» «دور الشهيد» Role of Martyr. وما أن تتبادل الأدوار بين الزوجين يحاول كلاً منهم إزالة الاتهام عن نفسة، حيث يحاول الزوج إزالة الاتهام بأن المقامرة أضرت بعلاقتة مع زوجتة، وفى بعض الحالات ينكر أنه مقامر مرضى، ونادراً ما يمارس المقامرة، كما تحاول الزوجة أن توضح مدى التضحيات التي بذلتها من أجل زوجها. أما المرحلة الثالثة، يدخل المعالج فى الحوار بين الزوج والزوجة، وعندها يعتاد المقامر على المواجهة وتقل درجة المقاومة، خاصة أن المعالج والزوجة يبدأن فى مواجهتة بأعراضة المرضية، وما أن يدرك المقامر أعراضة، ويستطيع مواجهتها، تتحسن حالتة بشكل منتظم، ويظهر ذلك فى توكيد الذات وانخفاض الاكتئاب والإمتناع عن ممارسة المقامرة والتعرف على بعض صعوبات الشخصية، وما يوضح تحسن حالة المقامر أيضاً تحسن العلاقة الزوجية التى تتضح فى الصراحة والتماسك والثقة بين الطرفين .

(Boyed, W. & Bolen, D. 1970, p.78)

ويختلف العلاج الزواجى المشترك بطريقة «تيبرمان» عن طريقة «بولين وبويد» فقد كانت طريقة هذين الأخيرين منهجاً إستكشافياً وغير مركب نسبياً، يعتمد على جلسة واحدة كل أسبوع لمدة عام، بينما كان البرنامج العلاجى «لتيبرمان» معتمداً على الأثنى عشر خطوة التى قدمتها مؤسسة «المقامر المجهول» ورغم هذا الاختلاف إلا أن الهدف كان واحداً .

(Tepperman, J. 1985, p. 187)

إن النقطة الجوهرية فى العلاج بصفة عامة، ليست طبيعتة ونوعيتة، وإنما قدرتة على تناول جميع الأعراض وحلها بجانب منع الانتكاسة للمرض Relapse. والسؤال الذى يطرح نفسة الآن: ما هو مدى فاعلية العلاج الجماعى للمقامرة المرضية ؟

يرى «ووكر» أن هناك بعض العقبات التى تحول دون التقييم الصحيح لفاعلية ونجاح العلاج الجماعى، وذلك مثل البيانات غير الصحيحة التى تم تجميعها عن الحالات المرضية، وكذلك إصدارأحكام ذاتية غير موضوعية. فنجاح العلاج وفاعليتة تعتمد على القضاء على هذه الصعوبات، بجانب عمل الكثير من المقابلات الشخصية، وجمع البيانات والاحصاءات السليمة، مع التركيز بشدة على حضور جميع الجلسات العلاجية والاهتمام بعمليات المتابعة، وأن نضع موضع الاهتمام، أن المقامر قد يتوقف عن المقامرة ليس بسبب العلاج، وإنما لعدم وجود الفرصة، أما وأن كانت الفرصة مواتية للمقامرة ولم يقامر الفرد، دل ذلك على أن العلاج كانت له فاعليتة، من ثم نحكم عليه بأنه علاج ناجح، وتبدو فاعلية العلاج فى إقناع المرضى بأن المقامرة يمكن القضاء عليها، وذلك حتى تكون لديهم الرغبة فى العلاج، إذ أن الرغبة فى العلاج هى جزء من العلاج، وما أن يتحقق ذلك، تصبح التدعيمات المقدمة من الجماعة العلاجية ذات فائدة كبيرة، ولكى يستمر أثر التدعيمات لفترة ما بعد العلاج، لابد على المعالج أن يوجد طريقة يملئ بها الفراغ الذى يشعر به المقامر بعد التوقف عن المقامرة، ويتحقق ذلك بادماج المقامر فى أنشطة وأعمال مختلفة، وذلك حتى تتجة أفكارة وطاقتة ووقتة لمصادر أخرى غير المقامرة، ويجب أن تتسم هذه الأنشطة بطابع الإثارة والتنبية، تماماً كما كانت المقامرة، وبجانب ذلك لابد من أن نكافئ المقامر عن توقفة عن المقامرة . ***(Walker, M, 1995, p. 192-195)***

ويرى «فرانكلين وريتشاردسون» ضرورة وضع بعض المقاييس التى توضح مدى فاعلية العلاج للمقامرة المرضية، ويجب ألا نعتبر التوقف عن المقامرة على أنه معيار نجاح العلاج، بل ننظر أيضاً للتحسن فى نسق الحياة لدى المقامر .

وقد حدد «فرانكلين وريتشاردسون» قائمة لقياس مدى فاعلية العلاج، تتراوح الدرجة عليها من (صفر) إلى (٩) والمقامر المرضى الذى يحصل على «صفر» يعنى ذلك أن العلاج قد نجح لدية تماماً، والدرجة (٩) تعنى أعلى معدلات المقامرة المرضية.

وتشمل هذه القائمة ما يلى :

١- الاكتئاب والتوتر .

٢- العلاقات الأسرية والاهتمامات البينشخصية .

٣- الاهتمامات والميول المهنية .

٤- الاهتمامات المالية .

٥- القضايا المشروعة .

٦- الذهاب لمؤسسات علاج المقامرة .

٧- المشاركة فى العلاج .

٨- قياس التوقف عن المقامرة .

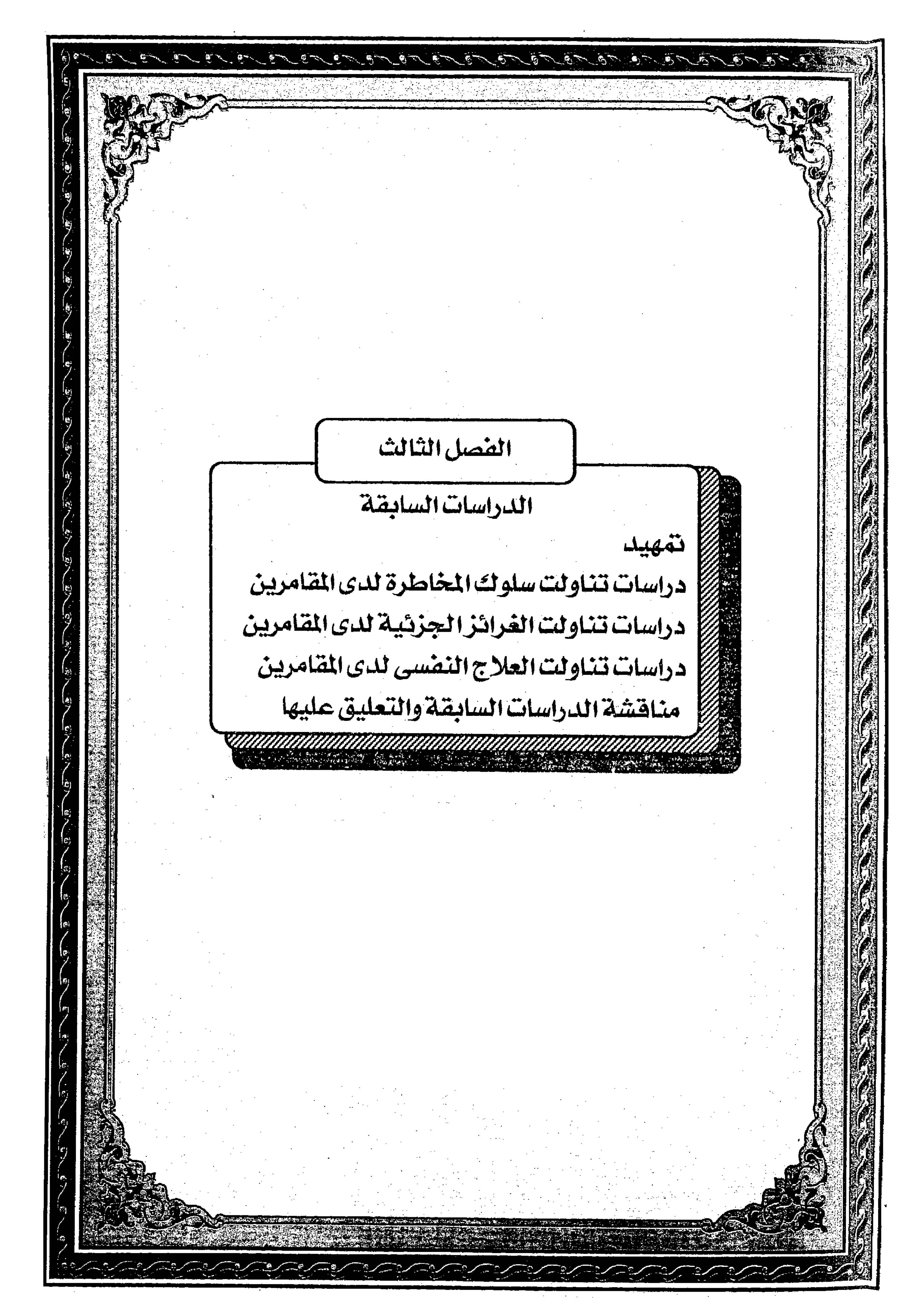
٩- مدى الاعتماد على المخدر .

وهذه العوامل التسعة، يحتوى كل عامل منها على عدة بنود وضعت فى مقياس يحدد فاعلية العلاج للمقامرة المرضية.

(Franklin, J. & Richardson, R. 1988, p.13)

ويشير «ستينشفيلد» أن الانتكاسة للمقامرة وعدم فاعلية العلاج، يرجع إلى عدم إكمال العلاج، وعدم المتابعة للعلاج، فإذا أكتمل العلاج وأجريت عمليات المتابعة لفترة لا تقل عن عام وليس ستة أشهر كما يظن البعض، فإن نجاح وفاعلية العلاج يكون أمراً مؤكداً، ويتمثل ذلك فى التحسن فى الوظائف النفسية الاجتماعية، وإنخفاض معدلات المقامرة، وقلة الديون، وكذلك قلة الأصدقاء المقامرين . ***(Stinchfield, R. 1997, p.2)***. ويرى «بلازنسكى» أن علاج المقامرة المرضية سيصبح علاجاً فعالاً إذا إستخدم الطرق العلاجية للإدمان؛ بجانب أن يخضع العلاج للبحث التجريبى الدقيق. ***(Blaszcynski, A. & Silove, D. 1995, p. 195)***

ويوضح «برونيل وآخرون» أن ما يعرض المقامر لخطر الانتكاسة، مجموعة من العوامل الشخصية والبيئية . والتى يمكن التحكم فيها عن طريق تنمية المهارات الجديدة، وتغيير نمط الحياة، وتكوين سلوكيات إيجابية جديدة. ***(Brownell, K. et al. 1986, p.765)***



الفصل الثالث

الدراسات السابقة

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد

دراسات تناولت سلوك المخاطرة لدى المقامرين

دراسات تناولت الغرائز الجزئية لدى المقامرين

دراسات تناولت العلاج النفسي لدى المقامرين

مناقشة الدراسات السابقة والتعليق عليها

تمهيد

يرى الباحث أنه ربما لا تكون المقامرة مشكلة، وإنما هى الطريق لكل المشاكل والاضطرابات النفسية ! وعلى الرغم من ذلك لا نجد دراسة عربية واحدة - فى حدود علم الباحث - تتناول المقامرة بالبحث والتحليل، خاصة وأنها ظاهرة قديمة قدم الإنسان نفسة، وكأن الباحثين يعتقدون أن المقامرة حماقة، وأنه من الخطأ دراسة الحماقات ! حتى أن الذين تعرضوا للمقامرة، كانت عروضهم فى صورة مقال صغير أو تعريف بسيط. وعلى النقيض من ذلك نجد الدراسات الأجنبية للمقامرة كثيرة ومتنوعة، يكفى أن نذكر أن هناك مؤسسة ما سوشيست للمقامرة القهرية Massachusetts Council on Compulsive Gambling والتى تصدر تقارير أسبوعية عن المقامرة تحت عنوان "التقارير التربوية الإسبوعية لادمان المقامرة" "The WAGER" Weekly Addiction Gambling Education Report كذلك تهتم الرابطة الأمريكية للطب النفسى باصدار الدليل التشخيصى الاحصائى للمقامرة المرضية، (DSM) حتى وصل إصدارتها إلى الدليل التشخيصى الرابع. وفى إستراليا يختلف الأمر كثيراً حين توجد جامعة لدراسة المقامرة، وكل مدرسة فيها تتناول المقامرة من جوانبها المختلفة، فهناك مدرسة لدراسة المقامرة من جوانبها النفسية، وأخرى تتناولها من جوانبها الاقتصادية والاجتماعية وأخرى من حيث الجوانب السياسية والتاريخية .

والحقيقة أن إنعدام الدراسات العربية للمقامرة يرجع إلى أن الظاهرة تعمل فى الخفاء وينظر لها من منظور الجريمة فقط، لا من منظور المرض، مما يجعل من الصعوبة بمكان تناول المقامرين بالدراسة والتحليل . كما أن هناك صعوبة تتمثل فى كون المقامرة من الظواهر المركبة التى تتداخل فيها العوامل النفسية والاقتصادية والاجتماعئة والتربوية والقانونية، بل والسياسية أيضاً، وما يتصل بعلم الأمراض والادمان، حتى أن هناك تنوع وصعوبة فى تعريفات المقامرة ذاتها فهناك المقامرة المرضية والمقامرة المشكل والمقامرة القهرية والمقامرة الاجتماعية، ومقامرة المحترفين ومقامرة الهواه، والمقامرة ذات المستوى الأول وذات المستوى الثانى والثالث، ومن ناحية أخرى نجد تنوعاً فى الديناميات النفسية للمقامر، هذا التنوع يؤدى لبعض من الخلط فى البناء الفوقى لشخصية المقامر، لكن سرعان ما يختفى هذا الخلط بتحليل البناء التحتى، فنلتقى عند نقطة واحدة مؤداها أننا أمام « مريض» .

وإذا كانت الدراسات الأجنبية قد تعرضت للمقامرة باستفاضة، إلا أن الكثير من هذه الدراسات قد تناقضت فى الكثير من نتائجها، وذلك لأن البعض من الباحثين تناولوا المقامرة من حيث علاقتها الهامشية بالنواحى الاقتصادية والاجتماعية دون أن يركزوا علي العوامل السيكولوجية، وتحديداً فى السيكوباثولوچى. لذا قام الباحث بعرض الدراسات النفسية السابقة الخاصة فقط بالدراسة موضوع البحث، من حيث الديناميات النفسية للمقامر من خلال سلوك المخاطرة والغرائز الجزئية،المتمثلة فى السادية والمازوخية والنظارية والاستعراضية. هذا بالإضافة إلى العلاج النفسى الجماعى بأسلوب جماعة الحوار .

وعلى الرغم من أن هذه الدراسات تقدم لنا معلومات قيمة، وتفتح السبيل أمام صياغة جديدة لفروض أكثر دقة للاحاطة بالظاهرة موضوع البحث- على الرغم من ذلك لم يعتمد الباحث كلية على ما توفره هذه الدراسات من مصادر أولية أو ثانوية خاصة وأن الدراسة لا تتبع المنهج التاريخى، وإنما منهج الكلينيكية المسلحة، مما يتطلب معة إعادة بناء وهيكلة الدراسات السابقة من جديد للخروج بمنظور علمى دقيق .

وفيما يتصل بعرض،الدراسات السابقة ،لم يقف الباحث عند حد عرض الملخصات الوافية لها، وإنما ستكون هناك محاولة تقويمية من حيث عرض المشكلة وفرض الفروض وكفاية العينات وسلامة المنهج المستخدم وأساليب المعالجة الاحصائية والوصول للنتائج الدقيق، وسوف نرى فيما بعد كيف أن بعض الدراسات تضاربت نتائجها، وأن الأدلة المتوافرة فى هذه الدراسات لا تستطيع حل مشكلة المقامرة، أو بعض من مشاكلها حلاً كافياً، ولذا سنحاول فى عرضنا للدراسات السابقة أن نتمثل الحقائق الموجودة فيها، من حيث الديناميات النفسية للمقامر كما تبدو فى العلاج الجماعى، حتى نستطيع الوقوف على الحقائق والنظريات السيكولوجية لتكون بمثابة شبكة من العلاقات التى تكشف عن الفجوات فى المعرفة .

أولاً : دراسات تناولت سلوك المخاطرة لدى المقامرين

دراسة زوكرمان وكولمان. *(Zuckerman, M. & Kuhlman, D. 2000)*

أجرى الباحثان دراسة بعنوان (الشخصية وسلوك المخاطرة: العوامل الاجتماعية الحيوية العامة) . ويهدف هذا البحث لدراسة العلاقة بين سلوك المخاطرة وخمس عوامل إجتماعية هى : التدخين، المقامرة، وإدمان المخدرات، الجنس، العنف، وتكونت عينة الدراسة من (٢٦٠) من طلاب الجامعة، طبق عليهم مقاييس التقرير الذاتى لسلوك المخاطرة والمقامرة وإدمان المخدرات والتدخين والجنس والعنف .

أوضحت نتائج الدراسة أن كلاً من المقامرة والتدخين وإدمان المخدرات والجنس والعنف تتصل بالعوامل الاجتماعية الحيوية الخاصة بالعدوانية والقابلية الاجتماعية، حيث ترتبط المقامرة والعنف وإدمان المخدرات بالعدوان، فهناك إرتباط طردى دال بين هذه المتغيرات .

أما التدخين والجنس يرتبط بالقابلية الاجتماعية، إرتباط طردى دال. إلا أن هذه العوامل الخمسة لا ترتبط بأى جوانب عصابية، فليست لها صفة المرض .

وأشارت الدراسة إلى أن سلوك المخاطرة متغير فسيولوچى أكثر منه نفسى، ويرتبط أكثر ما يترتبط بالمقامرة وإدمان المخدرات. ويمكن علاجة من خلال تناول بعض العقاقير والادوية الطبية .

ويوضح الباحثان أن سلوك المخاطرة هو الدافع وراء المقامرة، ومن ثم، إذا أردنا أن نعالج المقامرة، فلابد أن نقضى فسيولوچياً على سلوك المخاطرة. وتوصى الدراسة بضرورة قياس سلوك المخاطرة بالمقاييس المقننة، إلى جانب مقاييس التقرير الذاتى.

دراسة شافر. وزملاءة. *(Shaffer, H. et. al. 1999)*

أجرى (شافر) وزملاءة دراسة تحت عنوان : (المقامرة وتناول الكحوليات والتدخين وبعض الأنشطة الأخرى الخطرة على الصحة) وذلك بهدف الكشف عن مدى إنتشار المقامرة المرضية (المستوى الثالث من المقامرة) وما يرتبط بها من مخاطر ،

وتكونت عينة الدراسة من (٣٨٤١) ممن إعتادوا ممارسة المقامرة فى نوادى القمار، بجانب كثرة تناول الكحوليات والتدخين والقيام بسلوكيات المخاطرة . وإستخدم الباحث بعض برامج المساعدة لمعتادى ممارسة المقامرة فى النوادى .

وأوضحت نتائج الدراسة أن كثرة المقامرة فى نوادى المقامرة يؤدى إلى دخول المقامر فى المستوى الثالث من المقامرة، وهو المعروف بالمقامرة المرضية . ويرتبط ذلك بالعديد من السلوكيات الخطرة المتمثلة فى الافراط فى تناول الكحوليات والتدخين بشراهة، اللذان يؤديان فى النهاية للشعور بالاكتئاب . وأوضحت الدراسة أيضاً أن هناك إرتباط طردى دال بين المقامرة المرضية وهذه السلوكيات، فكلما إرتفعت المقامرة المرضية كلما إرتفعت هذه السلوكيات، وأشارت الدراسة إلى أن برامج المساعدة لمعتادى ممارسة المقامرة فى النوادى لم تؤثر على تغيير عادات ومعتقدات المقامرين حول المقامرة، لذا توصى الدراسة بضرورة عمل برامج علاجية على درجة عالية من التقنين والاحاطة الكاملة بخصائص المقامرين المرضيين .

دراسة شميت وآخرون . *(Schmitt, W. et. al. 1999)*

قام (شميت) وآخرون بدراسة بعنوان (إختبار فروض (ديمسيو) فى الخصائص الجسمية للأفراد السيكوباتيين المحبين للمخاطرة والكارهين لها) . وتقوم هذه الدراسة على الفرض القائل أن هناك علاقة بين الخصائص الجسمية وسلوك المخاطرة لدى السيكوباتيين، لكن هذا الافتراض لم يتحقق للآن، لذا قام الباحث وزملاءة بتحديد عينة من المقامرين الذكور وطبقت عليهم قائمة السيكوباتية وقائمة سلوك المقامرة التى تتضمن بعُد المخاطرة .

أوضحت نتائج الدراسة أن سلوك المخاطرة لا يرتبط بعوامل فسيولوچية أو جسمية، لكنة يثير فقط جوانب فسيولوچية مثل إرتفاع ضغط الدم، وعمل الجهاز العصبى اللاإرادى، فسلوك المخاطرة سبب وليس نتيجة لعوامل جسمية فسيولوچية. كما إتضح أيضاً أن سلوك المخاطرة لا يرتبط بالسيكوباتية، وذلك لأن السيكوباتية قد تشمل على جانب لا إرادى، أما سلوك المخاطرة سلوك إختيارى، يرجع للفرد نفسة. وأوضحت الدراسة أن ليس هناك علاقة بين سلوك المخاطرة وبعض الخصائص الجسمية لدى الأفراد .

دراسة ڤيتارو وآخرون . (Vitaro, F. et al. 1999)

قام (ڤيتارو) وآخرون بدراسة بعنوان (الاندفاعية التى تتنبأ بالمقامرة المُشكل لدى المراهقين منخفضى تقدير الذات) والهدف من البحث هو كيفية تنبؤ مقاييس الاندفاعية بالمقامرة المشكل فى مرحلة المراهقة المتأخرة، وإلى أى مدى يمكن لخصائص الشخصية مثل العدوانية والقلق أن تتنبأ بالمقامــرة المُشكل؟ وإستخدمت الدراسة الحالية المنهــج الطــولى وذلك للتغلب على عيوب الدراسات الآخرى مثل الدراسات التى تساعد على حدوث الظاهرة Concurrent Studies والدراسات التى تستعين بالأحداث الماضية فى تفسير الظاهرة Retrospective studies. وتكونت عينة الدراسة من (١٥٤) من الذكور المراهقين، متوسط أعمارهم (١٧) سنة. وتم تطبيق مقاييس التقدير الذاتى، ومقياس السلوك المبكر للمقامرة، والمقاييس الديموغرافية والاجتماعية للمقامرة .

وأوضحت نتائج الدراسة أن مقاييس الاندفاعية يمكنها التنبؤ بالمقامرة المشكل إذا تم التحكم فى العوامل الديموغرافية، كما أن الاندفاعية يمكنها التعرف أيضاً على المراحل المبكرة للمقامرة وعلى بعض العوامل الشخصية للمقامر مثل القلق والعدوانية .

وقد جاءت نتائج الدراسة لتؤكد ما جاء به الدليل التشخيصى الاحصائى الرابع DSM-Iv. من حيث أن سلوك المقامرة ينتج عن عيوب فى التحكم فى الدفعات الخاصة بالمقامرة. وأوضحت الدراسة أيضاً أن غالبية المقامرين لا يرغبون فى علاج المقامرة أو فى تعديل سلوكياتهم، بل يطلبون دائماً المخاطرة بأنفسهم ، مما قد يوقعهم فى المقامرة المشُكل .

ويشير الباحث ،إلى أن هناك فروق جوهرية بين المقامر الذى يرغب في العلاج، والمقامر الذى لا يرغب فى العلاج. إذ أن هذا الأخير لا يمكن لأى برنامج علاجى مهما كانت فاعليتة أن يعالجة، أما الذى يرغب فى العلاج- وهم نسبة قليلة- يمكن أن تتم معالجتهم بعد تحديد العوامل الديموغرافية الهامة والمسئولة عن المقامرة. ويصنف الباحث المقامرين الذين يرغبون فى العلاج بأنهم يندرجون تحت (العصابين) أما الذين لا يرغبون فى العلاج يتم تصنيفهم تحت (الذاهنيين) . وإذا كان للذهان أن يُعالج فإن المقامر الذهانى لا يمكن علاجة .

وتوصى الدراسة بضرورة إتباع محكات خاصة فى دراسة المقامرة مثل الدليل التشخيصى الإحصائى الذى تصدرة الجمعية الأمريكية للطب النفسى .

دراسة بول آخرون . *(Powell, J. et. al. 1999)*

أجرى (بول) وآخرون دراسة بعنوان (المقامرة وسلوك المخاطرة بين طلاب الجامعة) وتهدف الدراسة الحالية لاكتشاف العلاقة بين سلوك المخاطرة والمقامرة، وتحددت فروض الدراسة فى أن سلوك المخاطرة أو سلوك البحث عن الإثارة تحدد الفرق بين المقامرة المرضية والمقامرة المشكل . وتكونت عينة الدراسة من الذكور والإناث فى المرحلة الجامعية. وتم تطبيق إستبيان سلوك المخاطرة Risk-taking questionnair (RTQ) وبطارية (أرنيت) للبحث عن الإثارة Arnett inventory of sensation-seeking .

وهذين المقياسين يحددان لدرجة كبيرة الفرق بين المقامرة المرضية والمقامرة المشكل، وأوضحت نتائج الدراسة أن عينة الدراسة من طلاب الجامعة لا يعانون من المقامرة المشكل، كذلك هناك فروق ذات دلالة بين المقامرين المرضى والمقامرين الاسوياء، كما إتضح أيضاً أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والاناث المقامرين، حيث كان الذكور أكثر مخاطرة ولديهم بحث عن الإثارة بشكل مستمر، كما أنهم كانوا أكثر مقامرة . واتضح أيضاً أن كثرة المقامرة تؤدى لكثرة سلوك المخاطرة .

ويذكر الباحث فى مناقشتة لنتائج الدراسة أن طلاب الجامعة لا يعانون من المقامرة المشكل، نظراً لأنها لا تمثل لهم مشكلة، كما أنهم لا ينظرون لها على أنها إضطراب يتطلب العلاج، بل إن نظرتهم للمقامرة نظرة إيجابية، رغم كل سلبياتها، بل إن بعض المقامرين ينظر لتلك السلبيات على أنها العامل المشوق فى اللعبة ذاتها، فلو كانت المقامرة تخلو من السلبيات ما قام المقامرون بممارستها .

وتشير النتائج بأن الذكور أكثر مخاطرة من الأناث، وذلك لأن المخاطرة أحد أبعاد الاعتداد بالنفس، وهى سمة ذكرية أكثر منها أنثوية، تجد لنفسها القبول لدى الذكور والرفض لدى الأناث، وهذا لا يشير إلى إنعدام سلوك المخاطرة لدى الإناث المقامرين، بقدر ما يشير

لانخفاض السمة بالمقارنة بالذكور. وفى بعض الحالات يشير سلوك المخاطرة لدى الاناث إلى الرغبة فى تعويض الخسارة، أما لدى الذكور يصبح سلوك المخاطرة عامل أساسى فى المكسب أو الخسارة، فهو صفة (ثابتة) لدى الذكور، وصفة (متغيرة) لدى الاناث .

دراسة ليچوكس وآخرون : *(Lejoyeux, M. et al. 1998)*

أجرى (ليچوكس) وآخرون دراسة بعنوان (إضطراب التحكم فى الدفعة لدى مدمنى الكحوليات وعلاقتة بالبحث عن الإثارة وعدم الاندفاعية) وتهدف الدراسة الحالية لمقارنة مستوى الاندفاعية والبحث عن الإثارة. وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) مفحوص، قسموا لمجموعتين : (مجموعة تجريبية مكونة من (٣٠) مفحوص)، و(مجموعة ضابطة مكونة من (٣٠) مفحوص). وكانت المجموعة التجريبية من الذين يتناولون الكحوليات ولديهم إضطرابات فى التحكم فى الدفعة . impulse control disorders، وتشمل هذه الاضطرابات : الاضطراب الانفعالى المتقطع، وهوس السرقة أو هوس الحريق pyromania، والمقامرة المرضية، وتم تطبيق مقياس زوكرمان للبحث عن الإثارة وقائمة تقدير الإندفاعية .

وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين المقامرة المرضية وشدة الاضطرابات فى التحكم فى الدفعات، وأن ذلك يرجع بدرجة كبيرة لإدمان الكحوليات، أو البحث عن الإثارة . وأوضحت الدراسة أيضاً أن سلوك البحث عن الإثارة يرتفع لدى المرضى الذين لديهم إضطراب فى التحكم فى الدفعات والذين يدمنون الكحوليات. وتصل الرغبة فى الإثارة لأقصى درجاتها، إذا كان الفرد يجمع بين المقامرة المرضية وإدمان الكحوليات، وترى الدراسة أن العلاقة بين كلاً من المقامرة المرضية وإدمان الكحوليات ليست مجرد علاقة شكلية تحتمها ظروف اللعب فى نوادى المقامرة، كذلك فإنها ليست علاقة شرطية، وإنما هى علاقة دينامية تتمثل فى ثلاثة أمور: الإثارة والاندفاعية، والرغبة أيضاً فى التخفف من هذه الإثارة إذا ما وصلت لدرجة عليا، فإذا فشلت المقامرة فى تحقيق هذه الرغبة، إتجة المقامر للكحوليات، لا لأنها تحقق الرغبة فى الإثارة، أو تخفض من حدتها، ولكن لأنها تعمل على نسيان الإثارة، وتركيز الانتباة فى أمور أخرى تبعث على السعادة المؤقتة. وتشير الدراسة إلى أن تناول الكحوليات لدى المقامرين، يكون فى البداية بصورة شكلية، فينظر المقامر للكحوليات على أنها

من ضمن أدوات المقامرة، تم لا تلبث أن تتحول هذه الصورة الشكلية إلى صورة فعلية تحقق أهدافاً كثيرة أهمها، نسيان الرغبة فى الإثارة .

دراسة ستيل وبلازنسكى . *(Steel, Z, & Blaszczynshi, A. 1998)*

قام ستيل وبلازنسكى بدراسة تحت عنوان :(الاندفاعية واضطرابات الشخصية والمقامرة المرضية الشديدة). ويهدف البحث للتعرف على مزيد من المعلومات الخاصة بالاندفاعية لدى المقامرين، والتأكد من نتائج الدراسات السابقة فى هذا الشأن. وتفترض الدراسة أن هناك علاقة إرتباطية بين الاندفاعية وسلوك المقامرة المرضية، وأن كلاهما يرتبط أيضاً باضطرابات الشخصية. وتكونت عينة الدراسة من (٨٢) من المقامرين الذين يبحثون عن علاج للمقامرة. وتم تطبيق مقياس (ساوث أوكس) للمقامرة، وقائمة أيزنك للاندفاعية، واستبيان إضطرابات الشخصية المعدل، وقائمة بيك للاكتئاب، كما تم الحصول على بعض المعلومات الديموغرافية عن العينة .

وأوضحت نتائج الدراسة أن المقامرة المرضية ترتبط بالاندفاعية، وتزداد الاندفاعية كلما كثر سلوك المقامرة، واتضح ذلك من خلال مقياس أيزنك للاندفاعية ومقياس (ساوث أوكس) للمقامرة. وأشارت الدراسة إلى أن المقامرين يعانون من بعض الاضطرابات السلوكية والنفسية، وأن الاندفاعية لدى المقامر كى تتضح لنا جيداً، لابد أن نعتبرها جزء من هذه الاضطرابات السلوكية والنفسية، وذلك كما ورد فى الدليل التشخيصى الاحصائى الثالث المعدل DSM. III. R .

دراسة برويموس وآخرون : *(Proimos, J. et. al. 1998)*

أجرى (برويموس) وآخرون دراسة بعنوان (المقامرة وسلوك المخاطرة بين الطلاب فى الصف الثامن والثانى عشر) ويهدف هذا البحث لدراسة العلاقة بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة بين المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (٢٩٧) مفحوص تم إختيارهم من (٧٩) مدرسة. وتم تطبيق العديد من المقاييس للحصول على المعلومات الديموغرافية، وقياس العنف والنشاط الجنسى وعلاقة ذلك بسلوك المقامرة .

وأوضحت نتائج الدراسة أن (٥٣٪) من المفحوصين واللذين كانوا يمارسون المقامرة لمدة (١٢) شهر، اتضح أن (٧٪) منهم كانوا يعانون من مشكلات سلوكية كثيرة كانت من جراء المقامرة، وأهم هذه المشكلات هى إدمان الكحوليات والتهديدات التى يتلقاها المقامر من الآخرين، والممارسات الجنسية، وحمل السلاح، كما أوضحت الدراسة أيضاً أن هناك إرتفاع فى سلوك المخاطرة بين المقامرين، يؤدى فى كثير من الاحيان لمشكلات سلوكية كثيرة لدى المقامر، واتضح أيضاً أن المقامرين الذين تزداد لديهم سلوك المخاطرة هم من المقامرين المرضيين .

دراسة وتيل وألين . *(Kweitel, R. & Allen, F. 1998)*

أجرى (وتيل وألين) دراسة بعنوان (العمليات المعرفية المرتبطة بسلوك المقامرة) وتهدف هذه الدراسة لبحث العلاقة بين سلوك المقامرة وبعض الديناميات النفسية المتمثلة فى وجهة الضبط. وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) من الذكور، (٧٥) من الاناث، جميعهم فى مرحلة التعليم الجامعى، وتم إستخدام بعض مقاييس التقرير الذاتى، ومقياس وجهه الضبط المتعدد الابعاد (لليفنسون) ومقياس (ساوث أوكس) للمقامرة .

وأوضحت نتائج الدراسة أنه لا توجد علاقة بين وجهة الضبط الداخلية والمقامرة، بينما ترتبط وجهة الضبط الخارجية بسلوك المقامرة، إذ يرى المقامر أنه يمارس سلوك المقامرة بسبب المغريات الخارجية، وبخاصة ما يحيط بالمقامرة من إثارة وتشويق، مما يدفع الفرد للمقامرة والمخاطرة بمزيد من الأموال. وإتضح أن سلوك المقامرة يصبح مرضياً، إذا كان هناك إفراط فى ممارسة المقامرة، وأن المقامر لا يستطيع التخلى عن المقامرة بأى شكل من أشكال الارشاد العادى، وكشفت الدراسة أيضاً، أن الذكور أكثر ممارسة للمقامرة من الإناث، بجانب أن المقامر أكثر إستدانة وإقتراضاً للمال .

دراسة دايكسون وآخرون . *(Dixon, M. et. al. 1998)*

قام (دايكسون) وآخرون بدراسة بعنوان (الإندماج فى وهم القدرة على التحكم من خلال كثرة التعرض لسلوك المخاطرة). وتهدف الدراسة الحالية لمعرفة العلاقة بين سلوك المخاطرة

ووهم القدرة على التحكم لدى المقامرين. وتكونت عينة الدراسة من (خمسة) من المقامرين الذين إعتادو العبة الروليت .

وأوضحت نتائج الدراسة أن سلوك المخاطرة لدى المقامرين يحدث عندما يتعرض الفرد لأنشطة معينة لها صفة الفرصة والحظ . ويعتقد المقامر أن بإمكانة التغلب على الحظ وتطويع الصدفة لصالحة والتحكم فى نتائج الأشياء من خلال التدريب وإكتساب المهارات الخاصة باللعبة. وأوضحت الدراسة أيضاً أن المقامرين ينفقون الكثير من الأموال بالرغم من أن مهارتهم وأنشطتهم الوهمية لا تؤثر فى نتائج اللعبة. ورأت الدراسة أن وهم القدرة على التحكم يرتبط بسلوك المخاطرة عند تكرار الفوز للمقامر، مما يفسر التساؤل القائل (لماذا يستمر الأفراد فى المقامر؟) وإذا تم تدعيم سلوك الخسارة، قد تنطفئ الاستجابة للمقامرة؛ ولكن الأفراد يختلفون فيما بينهم من حيث إنطفاء الرغبة فى المقامرة .

دراسة واليسك . *(Wallisch, L. 1998)*

قام (واليسك) بدراسة بعنوان (محددات المقامرة والمقامرة المشكل : من خلال ثلاث نظريات). ويهدف البحث الحالى لدراسة ثلاثة جوانب من سلوك المقامرة عن طريق ثلاثة نظريات تفسر سلوك المقامرة . أما الثلاثة أبعاد الخاصة بسلوك المقامرة فهى :

١- زيادة معدلات الإنحراف .

٢- انتشار المقامرة السوية أو البسيطة .

٣- كثرة ممارسة المقامرة، وخاصة المقامرة المُشكل أو المقامرة القهرية .

وتفترض الدراسة الحالية أن هناك ثلاث نظريات لتفسير هذه الابعاد الثلاثة وهى :

نظرية الفرصة، ونظرية التعلم الاجتماعى، ونظرية الانحراف . وتتساءل الدراسة لأى مدى تستطيع هذه النظريات أن تحدد أسباب المقامرة، وما هى العوامل الشخصية التى ترتبط بالمقامرة وكثرة ممارستها .

وتكونت عينة الدراسة من (٦٣٠٨) من المقامرين فى مرحلة الرشد، وأجريت معهم عدة حوارات تليفونية. وأوضحت نتائج الدراسة أن ما يقرب من (٧٠: ٩٠٪) من الأمريكان

المقامرين يستمرون فى سلوك المقامرة بغض النظر عن نوعها، أى سواء كانت مقامرة بسيطة وعابرة أو مقامرة قهرية ومرضية ، كما رأت الدراسة أن نظرية الفرصة ترى أن المقامرة فعل سوى يمثل لدى الفرد جاذبية معينة طالما كان أمامة أمل وفرصة فى الفوز، تزول هذه الجاذبية بمجرد زوال الفرصة فى الفوز، لذلك ترى نظرية الفرصة أن الناس يقامرون لمجرد وجود الفرصة والأمل فى الربح وخاصية التشويق والإثارة فى سلوك المقامرة، فسلوك المخاطرة هو ما يدفع المقامرين للاستمرار فى المقامرة .

وترى نظرية التعلم الاجتماعى أن المقامرة تفرض على الناس أن يكونوا إجتماعيين، فقد يضطر الفرد للدخول فى علاقات إجتماعية ليساير المقامرين. أما نظرية الانحراف ترى أن الفرد يقامر لوقوعة تحت ظروف إجتماعية معينة، تمثل ضغوط كثيرة عليه، وأن الفرد إذا حاول أن يتخلص من هذه الضغوط بأى طريقة أخرى، فربما يصبح أكثر تعرضاً للجريمة بأنواعها، لذا يتجه الفرد للمقامرة، كمحاولة للتخلص من هذه الضغوط، والفرد هنا يوازن بين أقل الأشياء ضرراً، وربما تدفعة المقامرة للجريمة فيما بعد، إذن ترتبط نظرية الانحراف بالعوامل الاجتماعية والضغوط النفسية التى يعاينها المقامر .

دراسة شتينشفيلد وآخرون . *(Stinchfield, R. et. al. 1997)*

قام (شتينشفيلد) وآخرون بدراسة بعنوان (إنتشار المقامرة بين طلاب المدارس العامة فى مينسوتا فى الفترة من ١٩٩٢: ١٩٩٥)، وتفترض هذه الدراسة أن المقامرة المرضية جزء من أخطار متعددة وإنحرافات سلوكية كثيرة، قد يقع فيها الفرد مثل ، إساءة إستخدام المخدر، والاضطرابات النفسية، كالإكتئاب، كما تفترض الدراسة أيضاً أن المقامرة المرضية ترتبط بالسلوك المضاد للمجتمع . وقد بلغ حجم عينة الدراسة (١٢٢ر٧٠٠) من طلاب المدارس العامة فى ولاية مينسوتا، تم تقسيمهم لمجموعتين: ذكور وإناث .

وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة دالة إيجابية بين المقامرة والأنشطة المضادة للمجتمع، وذلك بالنسبة للذكور دون الاناث، ويتمثل ذلك فى تعرض كثير من المقامرين للأخطار، والطرد من المنزل، وتبديد الأموال وأسلوب إيزاء الآخرين، والحصول على الأشياء دون دفع

المقابل، هذا وقد أوصت الدراسة الحالية بضرورة عمل المزيد من الإبحاث، خاصة فيما يتعلق بعلاقة المقامرة بالاضطرابات النفسية الأخرى، وذلك لأن هناك أشياء كثيرة فى ظاهرة المقامرة لم تتضح للآن، فلم يعرف للآن ما إذا كانت المقامرة تعبير عن إضطرابات أخرى، أم أنها وحده فريدة مستقلة بذاتها؟ بعبارة أخرى، هل المقامرة سبب أم نتيجة؟ وإن كان الباحث يطرح هذا التساؤل إلا أنه يرى فى التعليق على نتائج الدراسة أن المقامرة المرضية وحدة فريدة وظاهرة قد لا تفسرها النظريات التقليدية فى علم النفس، من قبيل النظرية السلوكية، أو التحليل النفسى، والجشطلت. فإذا أردنا أن نفهم ظاهرة المقامرة فهما صحيحاً، لابد وأن نضع لها نظرية خاصة بها، شريطة أن تحدد هذه النظرية مفاهيم المقامرة تحديد علمياً إجرائياً، بجانب الإهتمام بالعوامل الديموغرافية مثل، السن، النوع، المستوى الثقافى والاجتماعى والاقتصادى، والتعليم وطول مدة المقامرة، والمجال الايكولوچى. ومن أهم الابعاد الديموغرافية ذات التأثير الفعال فى ظاهرة المقامرة، هو ما يتصل بطول مدة المقامرة، بجانب المجال الايكولوچى .

دراسة ميللر وبايرنس . *(Miller R, D. & Byrnes. J. 1997)*

قام (ميللر وبايرنس) بدراسة بعنوان (دور العوامل البئية والشخصية فى سلوك المخاطرة لدى الأطفال). وتهدف الدراسة الحالية لمعرفة العلاقة بين سلوك البحث عن الإثارة وسلوك المخاطرة. وإفترضت الدراسة أنه من الممكن أن نفهم سلوك المخاطرة فهما جيداً إذا تم تناولة من حيث علاقتة بسلوكيات المقامرة. وتكونت عينة الدراسة من (١١٥) طالب فى الصف الثامن، أُعطى لكل منهم ستة واجبات ومهام تحتوى على سلوك المخاطرة، ويسمح للمفحوص بحرية الاختيار للواجبات الأكثر أو الأقل خطورة، ويوجد أربعة من بين هذه الواجبات الخطيرة تحتاج إلى المهارة، واثنين منها تتطلب الحظ، وواحد من هذين الأخيرين يتضمن الحصول على المكافأة عن طريق رمى زهر النرد للحصول على رقم معين .

وإستخدم مقياس (زوكرمان) للبحث عن الإثارة، وتم التركيز على ثلاثة مقاييس فرعية فيه وهى، الإثارة، والبحث عن المغامرة، والبحث عن الخبرة والقابلية للإصابة بالملل .

وأوضحت نتائج الدراسة أن إختيار المهام الأكثر مخاطرة والمرتبطة (بالمهارة) كانت ذو علاقة إرتباطية دالة بحب المقامرة فقط .

وأوضح تحليل الانحدار أن البحث عن الإثارة والمغامرة هى إحدى خصائص سلوك المخاطرة، وليست الواجبات والمهام التى تتطلب المهارة. وظهر ذلك من خلال درجات الطلاب المرتفعة فى مقاييس المغامرة وحب الإثارة، وكذلك اختيارهم للمهام الأكثر مخاطرة. وأوضحت نتائج الدراسة أيضاً أن سلوك المخاطرة لدى المقامر يرتبط فى أغلب الأحيان بالأفعال التى لا تتطلب المهارة، فالمقامر يستمد الشعور بالإثارة من خلال الصدفة والحظ، أما الأفعال التى تعتمد على السلوك المهارى تنخفض فيها درجة الإثارة، لأنها قد تكون معروفة النتائج مسبقا، وأشارت الدراسة إلى ضرورة وضع مقاييس لسلوك المخاطرة لدى المقامرين لا تفرق بين سلوك المخاطرة والإثارة والبحث عن الإثارة والمقامرة، إذ أن هذه المفاهيم تندرج جميعها تحت مفهوم واحد، هو سلوك المخاطرة .

دراسة ڤيتارو وآخرون . *(Vitaro, F. & et. al. 1997)*

قام (ڤيتارو) وآخرون بدراسة بعنوان (التوقعات المفسرة للمقامرة المشكل لدى المراهقين) ويهدف هذا البحث لدراسة العلاقة بين الإندفاعية والمقامرة المشكل . والدراسة الحالية هى إحدى الدراست الطولية التى طبقت على مجموعة من الأفراد وهم فى الثالثة عشر من عمرهم إلى أن بلغوا سن السابعة عشر، وقد تم تطبيق العديد من الاختبارات عليهم فى هذه الفترة، ففى سن الثالثة عشر طبق على الأفراد مقياس (أيزنك) للإندفاعية وهو مقياس يتضمن أبعاد لقياس سلوك المخاطرة، بجانب ذلك تم تطبيق مقياس محددات المعلم لاندفاعية الأفراد، أما فى سن السابعة عشر تم تطبيق مقياس (ساوث أوكس) للمقامرة. هذا وقد تم تعريف سلوك المقامرة المشكل تعريفاً إجرائياً بأنه الدرجة العالية للفرد على مقياس (ساوث أوكس)، والدرجة العالية هى ثلاثة درجات أو أكثر من عشرون درجة هى عدد بنود الاختيار .

واتضح من نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين الإندفاعية والمقامرة، وظهر ذلك من خلال مقاييس التقرير الذاتى، ومقياس محددات المعلم لإندفاعية الأفراد، كما إتضح أيضاً أنه لا

توجد علاقة بين الإندفاعية والأنشطة الخاصة بالمقامرة فى سن الثالثة عشر . كما أكدت الدراسة الفرض القائل : أن الإندفاعية المبكرة ترتبط بالمقامرة المشُكل فيما بعد، أى أن الفرد إذا كان إندفاعياً يسهل أن يكون مقامراً إذا توفرت له الظروف . كذلك إتضح أن كل المقامرين أكثر إندفاعية ،فتطرف الإستجابة فى الإتجاة الموجب، أو الإندفاعية، هو أحد الخصائص الأساسية لسلوك المقامرة، والتى وإن كانت متأصلة فى أفراد غير مقامرين، يمكن لهم أن يصبحوا كذلك فى حال توافر الظروف المناسبة. وعندما ينتقل الفُرد من المقامرة العادية (الاجتماعية) إلى المقامرة المشُكل (المرضية) قد يتحول سلوك الإندفاعية إلى سلوك المخاطرة أو البحث عن الإثارة، ولا يظهر ذلك فى مرحلة المراهقة المبكرة بقدر ما يبدو واضحاً فى مرحلة المراهقة المتأخرة .

وأوصت الدراسة بعمل مزيد من الدراسات الخاصة باكتشاف العلاقات المؤقتة المرتبطة بالمقامرة المشكل، وهى العوامل المتغيرة، مثل الثقافة والبيئة، والعرف والتقاليد ودورها فى تحديد سلوك المقامرة، فما زالت هذه العوامل بعيدة من أن نضع لها قاعدة نظرية واحدة .

دراسة ڤولبيرج وآخرون . *(Volberg, R. et. al. 1997)*

أجرى (ڤولبيرج) ومجموعة من الباحثين دراسة بعنوان (إكتشاف العلاقة بين المقامرة، والمقامرة المشُكل وتقدير الذات) وكان الهدف من هذه الدراسة هو معرفة أهم العوامل التى يمكن أن تتنبأ بالمقامرة المشُكل، وفى أي فئة تنتشر المقامرة المشكل؟ وتكونت عينة الدراسة من (١٥٥١) مقامر، أجريت معهم العديد من الحوارات التليفونية، كما تم تطبيق بعض المقاييس النفسية عليهم مثل مقياس (ساوث أوكس) للمقامرة، ومقياس (روزنبرج) لتقدير الذات، كم تم الحصول على بعض المعلومات الديموغرافية. للمفحوصين، مثل العرق، النوع، الحالة الزواجية، والوظيفة .

أوضحت نتائج الدراسة أن أهم العوامل التى نستطيع من خلاها التنبؤ بالمقامرة المشُكل هى : الحالة الوظيفية، فقلة دخل الوظيفة قد يدفع الفرد للمقامرة أملاً فى تحقيق ربح مادى يلبى له إحتياجاتة وإحتياجات أسرتة، هذا بالإضافة إلى الاضطرابات الأسرية الناتجة عن قلة

الدخل، قد تدفع الفرد للمقامرة . كذلك يؤثر النوع (ذكر أو أنثى) على ممارسة المقامرة المُشكل، إذ تكثر المقامرة لدى الذكور عن الإناث، وبين الشباب متوسطى الدخل والتعليم وتقل بين كبار السن .

وفى حالات قليلة قد تكون المقامرة بسبب نقص فى تقدير الذات، رغبة فى البحث عن الإثارة والمخاطرة من خلال أفعال يقحم فيها الفرد نفسه، نظراً لما تمثلة من تشويق وإثارة .

دراسة بلازنكسى وآخرون . *(Blaszczynski, A. et. al. 1997)*

قام بلارنسكى وآخرون بدراسة بعنوان (الإندفاعية فى المقامرة المرضية: المندفعين المضادين للمجتمع) وتهدف الدراسة الحالية لاختبار الدور القوى الذى تقوم به الإندفاعية فى المقامرة المرضية. وتكونت العينة من (١١٥) من المقامرين المرضيين، وإستخدم الباحثون مقياس الإندفاعية .

وأوضحت نتائج الدراسة أن الإندفاعية لدى المقامرين ترتبط بالتغيرات النفسية والسلوكية وكذلك باضطرابات الشخصية. واتضح أيضاً أن هناك علاقة إرتباطية بين سلوك المخاطرة والسلوك المضاد للمجتمع، وظهر ذلك من خلال تحليل الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث، الخاص باضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع بجانب تحليل إستبيان أيزنك للشخصية .

دراسة شافروهل . *(Shaffer, H. & Hall, M. 1996)*

قام (شافر وهل) بدراسة بعنوان (تقدير إنتشار إضطرابات المقامرة لدى المراهقين جُماع كمى وإرشادى للتعرف على المقامرة المعيارية) . ويهدف البحث الحالى للكشف عن العلاقة ،بين سلوك المخاطرة والمقامرة المرضية (أو ما يعرف بالمستوى الثالث من المقامرة) . كما تهدف الدراسة أيضاً لمعرفة حجم إنتشار الظاهرة بين شباب المراهقين وتكونت عينة الدراسة من (١٢٧٩) من المراهقين (٤٢ر٣٪) منهم كانوا فى المستوى الثالث من المقامرة (المقامرة المرضية)، (٢٣ر١١٪) كانوا فى المستوى الثانى من المقامرة، وهو المستوى الذى يخاطر بنفسة.

وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة دالة وقوية بين سلوك المخاطرة والمقامرة، ولابد أن ندرك مباشرة أن الفرد طالما يعانى من مقامرة مرضية إذن فهو يعانى أيضاً من سلوكيات المخاطرة، فالمقامرة والمخاطرة وجهان لشئ واحد، حتى أن الباحثان يقولون ما هو أبعد من ذلك من حيث أن الذى لم يقامر، فهو لم يتعرض للمخاطرة مطلقاً .

دراسة هارباولى. *(Harba, J. & Lee, G. 1996)*

قام (هارباولى) بدراسة بعنوان (الجنس، المقامرة والمقامرة المشُكل). وتهدف هذه الدراسة لإختبار الفروق النوعية فى سلوك المقامرة بين الذكور والاناث، وتكونت عينة الدراسة من (١١٠ر١) مفحوص تم إختيارهم عشوائياً من مجموعة من المراهقين المقامرين. وقد وضع الباحثان درجات معيارية لسلوك المقامرة، وذلك من خلال المزج بين أربع محاور :

١- عدد الأنماط المختلفة من المقامرة .

٢- عدد مرات المقامرة . «تكرارات المقامرة» .

٣- كمية ما يراهن عليه الفرد .

٤- كمية وقت الفراغ الذى يقضية الفرد فى المقامرة .

وقد تم قياس المقامرة المشكل من خلال المزج أيضاً بين ثلاث مقاييس :

١- التقرير الذاتى لسلوك المقامرة .

٢- فقدان التحكم أثناء المقامرة .

٣- الإثار والنتائج السلبية المقامرة .

وقد وأضحت نتائج الدراسة أن سلوك المقامرة يزداد بين الذكور عن الإناث . لكن كلاً منهما يتعرض لنفس المخاطر إذا كانوا من المقامرين المشُكل، أى أن الإثار السلبية للمقامرة لا تختلف بإختلاف النوع، كما أوضحت الدراسة أيضاً أن الفرد يصنف من المقامرين المشُكل، إذا كان الوقت الذى يقضية فى المقامرة كبيراً، بجانب أن ما يراهن عليه من مبالغ مالية تكون كثيرة ومتنوعة .

وتتطابق نتائج الدراسة الحالية مع ما جاء فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع للمقامرة المرضية (MSM. lv) والذى يحدد المقامرة المرضية فى ضوء : الانشغال الكامل بالمقامرة، والرهان بكثير من الأموال للحصول على الإثارة، وقضاء أوقات كثيرة فى ممارسة المقامرة . وقد يخاطر المقامر بنفسة من أجل المقامرة، فيتجة للسرقة والاحتيال والاختلاس، وقد يدرك المقامر مدى خطورة أفعالة إلا أنه يكون مندفعاً نحوها بدرجة قهرية ولا يستطيع معها أن يقاوم أفكارة وإندفاعاتة .

دراسة بوختا . *(Buchta, R . 1995)*

أجرى (بوختا) دراسة تحت عنوان (المقامرة بين المراهقين) . وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة بداية المقامرة لدى المراهقين، وهل ترتبط المقارة ببعض المتغيرات النفسية، مثل سلوك المخاطرة؟ وتكونت عينة الدراسة التجريبية من الذكور والإناث المراهقين الذين بلغوا «١٠٢» قسموا إلى : (٦ر٤٨٪) من الذكور و (٣ر٥١٪) من الإناث. أما العينة الضابطة من المراهقين وغير المراهقين، كان معظمهم من الذكور .

وقام الباحث بتطبيق مقياس : (سلوك المقامرة لدى المراهقين) والذى كان يكشف عن حجم المقامرة، وبعض السلوكيات المرتبطة بها وهى : سلوك المخاطرة والإدمان .

وأوضحت نتائج الدراسة، أن سلوك المقامرة يزداد فى مرحلة المراهقة المتأخرة، ويكثر إنتشارة بين الذكور دون الإناث . كما أن المقامرة ترتبط بسلوك المخاطرة والإدمان، فكثير من المراهقين يمارسون المقامرة من أجل الاحساس بنشوة المخاطرة ولذة الإثارة. ويرتبط الإدمان بالمقامرة للتخفف من الاحباطات التى يحدثها سلوك المقامرة، فبقدر ما يتعرض المقامر للخسارة، بقدر ما يُقبل على الإدمان .

دراسة كوفينترى وبراون . *(Coventry, K. & Brown, R. 1993)*

أجرى الباحثان دراسة بعنوان (البحث عن الإثارة والمقامرة، وإدمان المقامرة) ويهدف البحث الحالى للتعرف على درجة الإثارة أثناء المقامرة، وما هى الأنشطة التى يفضلها المقامرين؛ ومن ناحية أخرى يقارن البحث بين المقامرين وغير المقامرين فى سلوك البحث عن

الإثارة. وتكونت عينة الدراسة من مجـــموعة من المـقامرين (مجموعة تجريبـــية) ومجـــموعة من غير المقامـــرين (مجمـــــوعة ضابطة) ، كلهم من المراهقين. وقام الباحثان بتطبـــيق مجموعة من المقاييس للتحقــق من فروض الدراسة، حيث تم تطبيق مقياس البحث عن الإثارة sensation Seeking scale (SSS)، ومجموعة من الأسئلة الخاصة ببعض جوانب السلوك لدى المقامرين، وكذلك بعض الأنشطة المفضلة لديهم .

أوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة إحصائية بين المقامرين وغير المقامرين من حيث سلوك البحث عن الإثارة، إذ ترتفع الدرجة على البحث عن الإثارة لدى المقامرين، وكذلك تدور كل أنشطة المقامرين حول البحث عن الإثارة، وذلك من خلال المقامرة فى سباق الخيل والروليت وألعاب النرد ، وكلها أنشطة تتميز بالإثارة العالية .

ثانياً : دراسات تناولت الغرائز الجزئية لدى المقامرين

دراسة ديلمان . *(Dielman, t. 1996)*

قام «ديلمان» بدراسة بعنوان : (المقامرة المرضية كمصدر من مصادر الشعور بالذنب) ويهدف البحث الحالى لدراسة العلاقة بين المقامرة المرضية والشعور بالذنب، والمازوخية (وجهة الضبط، ووهم القدرة على التحكم. وتفترض الدراسة الحالية أن المقامرة المرضية ترجع إلى الشعور المفرط بالذنب، وأن الفرد يمارسها كنوع من التعذيب الذاتى لنفسة (مازوخية) ليتخفف من الشعور بالذنب. وتفترض الدراسة أيضاً أنه كلما إرتفع الشعور بالذنب كلما كانت وجهة الضبط الداخلية أعلى من الخارجية . كذلك هناك علاقة بين الأفراط فى المقامرة المرضية وبين وهم القدرة على التحكم .

وتكونت عينة الدراسة من (٢٣٠) مقامر مرضى، أعمارهم تتراوح ما بين (١٦ : ٤٦) سنة، وتم تحديد كافة العوامل الديموجرافية لاختيارهم، وذلك فيما يتصل بالنوع والمستوى الثقافى والاجتماعى والاقتصادى والتعليمى، حيث كان أفراد العينة من الذكور ذوى المستوى الثقافى المتفاوت نسبياً، ومعظمهم ذوى مستوى تعليمى فوق المتوسط، ومن مستويات إقتصادية متوسطة ويشغلون وظائف مهنية متنوعة .

وتم تطبيق العديد من الأدوات والتى تشمل على ما يلى :

* اختبار وجهة الضبط من إعداد (جوليات روتر) عام ١٩٦٦، ويشمل على وجهتى ضبط: داخلية وخارجية .

* قائمة الاعراض المرضية للمقامرة المرضية، وهى من إعداد الباحث وتشمل على أبعاد: المقامرة المرضية والشعور بالذنب، ووجهة الضبط الداخلية والخارجية .

وبعد عمل التحليل الإحصائى للبيانات، ونتائج الدراسة، إتضح أن المازوخية ترتفع لدى المقامر المرضى عند إرتفاع الدرجة على الشعور بالذنب. واتضح أن الشعور بالذنب يرتفع فى حالات كثيرة هى : الفشل المتكرر فى المكسب أثناء المقامرة، إهمال الحياة الأسرية والوظيفية بشكل كبير، وأن المقامرة لا ترضى طموح المقامر، ورغم ذلك لا يستطيع أن يبتعد عنها،

القضاء على الحياة الاجتماعية وتقطع الصلة بين الاصدقاء والأقارب، وعدم القدرة على إتقان العديد من المهارات الحيانية بسبب المقامرة .

وقد يزداد الشعور بالذنب رغم ما تحققة المقامرة من مكاسب، وذلك بسبب الخسارة الكبيرة فى جوانب أخرى من الحياة، كانت ذات قيمة بالنسبة للفرد، وأنه مازالت أمام المقامر الفرصة للعودة إليها، لكن المقامرة تحول دون ذلك . ويزداد هذا الوضع سلبية إذا إرتفعت الدرجة على وجهة الضبط الداخلية، حين يشعر المقامر أنه المسئول عن كل السلبيات فى حياته. هذا بالإضافة إلى إرتفاع الدرجة على وهم القدرة على التحكم كما يوضحها مقياس الباحث، فإذا كان لدى الفرد وهم للقدرة على التحكم فى أنشطة المقامرة، فذلك لأن ليس لدية شعور بالقدرة فى أى شئ آخر .

دراسة موران . *(Moran, E. 1995)*

قام موران بدراسة تحت عنوان (المقامرة المرضية كشكل من أشكال المازوخية) ويهدف هذا البحث للتأكد من الفروض التى وضعها (بيرجلر) من أن المقامرة المرضية تنتج عن الصراع الوالدى فى الطفولة والتمرد على سلطة الأب، مما يؤدى للشعور بالذنب، والذى يحاول المقامر من جانبة أن يتخفف منه بعقاب نفسة بممارسة المقامرة والرغبة فى الخسارة وليس المكسب، ومن ثم كان الفرض الأساسى للدراسة .

هل الرغبة فى المقامرة هى رغبة فى القضاء على الشعور بالذنب؟ وتكونت عينة الدراسة من (٣٦) مفحوص يعانون من المقامرة المرضية. وتم تطبيق مقياس «ساوث أوكس» للمقامرة المرضية، وقائمة السلوك المرضى، وتم عمل المقابلات الشخصية مع أفراد العينة، ومن خلالها جمعت البيانات الأساسية .

وأوضحت نتائج الدراسة أن المقامر المرضى الذى حصل على درجات عالية فى مقياس المقامرة المرضية (ساوث أوكس) كان لديه شعور عالى بالذنب ناتج عن العلاقة السيئة مع الوالدين فى الطفولة، وكان أكثر مازوخية، وهذا ما إتضح فى درجاته العالية على «قائمة السلوك المرضى» وتشير نتائج الدراسة إلى تأكد صحة الفرض من أن المقامرين لديهم شعور

بالذنب بدفعهم للسوك المازوخى كمحاولة للتخفف من الشعور بالذنب، وفى مناقشة النتائج يشير الباحث إلى أن ما يؤكد مازوخية عينة البحث أن المقامرين ذوى الدرجات العالية على قائمة السلوك المرضى كانوا يستمرون فى ممارسة المقامرة رغم الخسارة الكبيرة التى يتعرضون لها، كما أن كان لديهم شعور باللامبالاة من كثرة الخسارة .

دراسة بيل . *(Bell, B. 1993)*

قام (بيل) بدراسة بعنوان (أبعاد الشخصية لدى المقامر المرضى). وتهدف هذه الدراسة لمعرفة الخصائص الشخصية للمقامر المرضى، وما هى الخصائص التى يكتسبها الفرد من خلال ممارسة المقامرة؛ وكذلك الخصائص الأساسية لدى الفرد والتى جعلت منه مقامراً مرضياً ؟

وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) من المقامرين المرضين، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (٢٠-١٦) معظمهم كانوا فى المرحلة الجامعية وتم إجراء المقابلات الجماعية والفردية معهم وتم تطبيق مقاييس الشخصية ذات الأبعاد المتعددة، والتى تشمل على مقياس سمات الشخصية وهو من إعداد (مكارثى) وكذلك مقياس البنية الشخصية وهو من إعداد (ڤولر) ومقياس محددات الشخصية من إعداد الباحث .

وتحتوى هذه المقاييس على العديد من أبعاد وخصائص الشخصية والتى تبلغ عشرون بعداً هى كما يلى :

السادية، المازوخية، سلوك المخاطرة، الانطوائية، الانبساطية، السلوك اللاتوافقى، العصابية، الذهانية، وجهه الضبط الداخلية، ووجهة الضبط الخارجية، القلق، الاكتئاب، الشعور بالذنب، تأكيد الذات، التمرد، التسامح، عدم الشعور بالمسئولية، العجز المتعلم، تطرف الاستجابة، النرجسية، وبعد عمل التحليلات الإحصائية إتضحت النتائج التالية :

ترتبط المقامر المرضية بمجموعة من الخصائص المرسبة والخصائص المساعدة التى تتضح فيما يلى .

الخصائص المرسبة : عدم الشعور بالمسئولية، العجز المتعلم، تطرف الاستجابة، النرجسية، التمرد، السلوك اللاتوافقى. وتشير الخصائص المرسبة إلى العوامل التى تجعل من الفرد مقامراً، وكلها عوامل تدور فى نطاق السلوك العصابى .

الخصائص المساعدة: وهى الخصائص التى تكونت من ممارسة المقامرة وعملت على تحويل الفرد من مقامر عادى إلى مقامر مرضى، وتشمل : السادية، المازوخية وسلوك المخاطرة، والقلق، والاكتئاب، والشعور بالذنب .

وتشير الخصائص المرسبة والخصائص المساعدة إلى أن المقامرة المرضية قد تكون سبب ونتيجة فى آن واحد، إذا أنها تنتج من خلال بعض الخصائص الشخصية المتمثلة فى أن المقامر لا يستطيع تحمل المسئولية، وأنه لكثرة الاحباطات والفشل المتكرر الذى تعرض إليه لم تعد لدية الدافعية لبذل الجهد أو الانتظار حتى يشعر بفوائد عمله، وهو ما يعرف (بالعجز المتعلم) وبسبب ذلك يبدو سلوكة لا توافقى من حيث التمرد وتطرف الاستجابة .

أما الخصائص المساعدة فتشير إلى أن المقامرة تصبغ المقامر بالعديد من الخصائص الشخصية، تمشياً مع المبدأ القائل (أن السلوك المتكرر يصبغ الشخصية بصفات خاصة) وقد تحددت هذه الصفات فى السادية والمازوخية والقلق وسلوك المخاطرة والاكتئاب، والشعور بالذنب، وكلها صفات لابد من توافرها فى المقامر المرضى. فمما لا شك فيه أن المقامر مخاطر وجرئ ويمارس نوعاً من العدوان المفرط على الآخرين، وهو لتحقيق هذه العدوانية المفرطة، قد يصاب بالمازوخية لفشلة فى ذلك، لذا يبدو قلقاً فى الفترة الانتقالية ما بين السلوك وتحقيق الهدف، الذى إن لم يتحقق قد يصاب بالاكتئاب .

وأوضحت نتائج الدراسة أن هناك فروق دالة بين المقامرين ذوى المقامرة المفرطة والمقامرين اللذين لا يفرطون فى سلوك المقامرة، وذلك من حيث سلوك المخاطرة، حيث ترتبط المقامرة المفرطة أو المقامرة المرضية بسلوك المخاطرة، إذ تؤدى المقامرة المفرطة لسلوك المخاطرة، فيصبح سلوك المقامر أكثر إندفاعية وتهوراً فلا يدرك عواقب الأمور، وتصبح الرغبة فى المقامرة، رغبة فى الإثارة .

كما توضح النتائج أيضاً أن سلوك المقامرة المرضية (المفرطة) يرتبط بالسادية والمازوخية، وأن السادية والمازوخية لا ينفصلان عن بعضهما البعض لدى المقامر المرضى، حيث يؤدى كلاً منهما للآخر من ناحية، كما تؤدى المخاطرة للمازوخية من ناحية أخرى، وفى ضوء ذلك يفرق الباحث بين مفهومين (المقامر المنتصر) و(المقامر المهزوم) فالمقامر المنتصر أو المقامر المحترف هو الصورة الطبيعية للمقامر السادى الذى يلحق الأذى بالآخرين بتحقيق الانتصار عليهم، مما يجعله فى بعض الاحيان يشعر بالذنب فتصبح الرغبة في المقامرة رغبة فى الخسارة، ومع أول خسارة تتحول المازوخية إلى سادية ورغبة فى الانتقام من الآخرين من خلال المقامرة. وكأن السادية والمازوخية حلقة لا تنتهى، أو إنتقال من حالة لأخرى .

وتوضح النتائج أيضاً أن سلوك المخاطرة يرتبط بالمازوخية، واتضح ذلك من خلال قائمة الأعراض المرضية، حيث يشير الإرتفاع فى درجة المازوخية إلى إرتفاع أخر على سلوك المخاطرة، ويفسر الباحث ذلك، بأن المخاطرة تشير لنوع من الألم والإثارة والمكسب غير المضمون، مما يمثل عبئاً على الذات، ومع هذا يشعر المقامر بلذة كبيرة ، مما يعنى أن سلوك المخاطرة يتماثل لدرجة كبيرة مع المازوخية، فهما فى النهاية تعذيب للذات. لذا إقترحت الدراسة فى توصياتها، ضرورة تقنين مقاييس سيكولوچية للمخاطرة تضع ضمن بنودها عبارات خاصة بسلوك المازوخية .

دراسة روسو . *(Russo, A. 1987)*

قام (روسو) بدراسة بعنوان : (الخصائص الشخصية لمفرطى المقامرة: المقامرة المرضية) وتهدف الدراسة الحالية للتعرف على أهم الخصائص الشخصية للمقامرة، كما تبدو فى السادية والمازوخية، وسلوك المخاطرة، وافترضت الدراسة أن المقامرة المرضية تزداد بزيادة السادية والمازوخية، وأن المقامرة المرضية نتيجة وليست سبب للمازوخية والسادية، أما فيما يتصل بسلوك المخاطرة فافترضت الدراسة أنه نتيجة للمقامرة المرضية، وأن المقامر يتعلم سلوك المخاطرة من كثرة الفوز والأفراط فى سلوك المقامرة .

وتكونت عينة الدراسة من (١١٥) مفحوص، أعمارهم تتراوح ما بين (١٧: ٤٢) سنة كلهم من الذكور، ذوى المستويات الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية المرتفعة. وتم تطبيق بعض المقاييس عليهم : مقياس المقامرة المرضية لمؤسسة (المقامر المجهول) وقائمة سلوك المخاطرة للمقامرين، وقائمة الأعراض المرضية، وهما من إعداد الباحث الذى قام بعمل التقنين لهما على البيئة الأمريكية .

وأوضحت النتائج أن هناك علاقة إرتباطية بين سلوك المقامرة والسادية والمازوخية من ناحية، وبين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة من ناحية أخرى.

ثالثاً : دراسات تناولت العلاج النفسى لدى المقامرين

دراسة دايكسون : *(Dixon, M. 2000)*

أجرى (دايكسون) دراسة بعنوان: (معالجة وهم التحكم : الإختلافات فى المقامرة كوظيفة لادراك التحكم فى نتائج الفرص) . وكان الهدف من هذه الدراسة هو إختيار الطرق التجريبية لعلاج وهم القدرة على التحكم كما تظهر لدى المقامرين، وتكونت عينة الدراسة من (خمسة) من المقامرين فى :لعبة الروليت" .

وإستخدم الباحث مقياس «وهم القدرة على التحكم» وهو مقياس من إعدادة، يختص بوهم القدرة على التحكم فى لعبة «الروليت» وقام الباحث بإعداد برنامج علاجى لسلوكيات المقامر، وتم عمل التطبيق القبلى لاستخراج عينة المقامرين المصابين بوهم القدرة على التحكم، وبعد تطبيق البرنامج العلاجى، كان هناك تطبيق بعدى على عينة الدراسة التجريبية.

وأوضحت نتائج الدراسة أن علاج وهم القدرة على التحكم لابد أن يتم فى ظروف تجريبية، وبخاصة أثناء تلقى تعليمات اللعبة، هذا بالإضافة إلى معالجة السلوكيات الأخرى للمقامر، وقد إتضح ذلك من خلال البرنامج العلاجى الذى يركز على السلوكيات التى تعمل على الافراط فى المقامرة، بجانب معالجة الأفكار غير العقلانية عن المقامرة نفسها .

دراسة بتيرى وأرمنيتانو . *(Petry, N.،& Armentano, C. 1999)*

قام الباحثان بدراسة بعنوان (إنتشار وتحديد وعلاج المقامرة المرضية). وتهدف الدراسة الحالية لمعرفة مدى إنتشار المقامرة بأنواعها المختلفة فى أمريكا، بجانب معرفة كيفية تشخيص المقامرة وكيف يحددها الباحثون، بجانب تحديد الطرق العلاجية الفعالة فى علاج المقامرة. وتم تحديد المقامرة فى أمريكا من خلال الأطر النظرية والدراسات التى أجريت فى الفترة من (١٩٨٤- ١٩٩٨) .

وأوضحت الدراسة أنه على الرغم من إنتشار المقامرة، وخاصة المقامرة المرضية، إلا أن المهتمين بالصحة النفسية لهذه الظاهرة قد لا يستطيعون أن يقوموا بالتشخيص الدقيق أو العلاج لها . كما إتضح أن إنتشار المقامرة يرجع إلى زيادة مشروعية نوادى المقامرة، حيث

أصدرت التراخيص لهذه النوادى فى (٢٧) ولاية فى الولايات المتحدة الأمريكية، وبناء على ذلك بلغ حجم إنتشار المقامرة المرضية (٤ر١٪) .

وعن كيفية تشخيص المقامرة المرضية، أوضحت الدراسة أن غالبية الباحثين يلجأون إلى الدليل التشخيصى الإحصائى (DSM)، وكذلك مقياس (ساوث أوكس) ذو العشرين سؤال عن المقامرة .

وبالنسبة للعلاج أوضحت الدراسة أن المقامرة العلاجية من الصعب علاجها، فقد أوضحت معظم الاطر النظرية فيما يزيد عن (١٠٠٠) فصل عن المقامرة وعلاجها- أن نسبة الشفاء من المقامرة لا تزيد عن (٨٪) ويكون ذلك لمدة عام فقط ومن خلال العلاج التخصصى الموحد Combining professional therapy. أما باقى أنواع العلاجات لا تفيد فى شئ، مثل العلاج الأسرى أو العلاج الزواجى. وقد يستخدم بعض الباحثين العلاج بالعقاقير مثل الكلوميبرامين والفلوفو كسامين والليثيوم، وكلها لا تؤدى للعلاج بل تكون أدوات مساعدة للعلاج .

وأوضحت الدراسة أيضاً أن العلاج السلوكى قد يكون مفيد فى علاج بعض أنواع المقامرة، وذلك لأنه ينصب على إعادة البناء المعرفى، وحل المشكلات، والتدريب الاجتماعى، ومنع الانتكاسة Relapse prevention. وأشارت الدراسة أيضاً إلى أن المقابلة الشخصية قد تكون أداة فعالة فى علاج بعض المقامرين الذين يعانون تناقضاً وجدانياً فيما يتصل بالعلاج.

دراسة بيدوين وكوكس . *(Beaudoin, C & Cox, B. 1999)*

أجرى الباحثان دراسة بعنوان (خصائص المقامرة المشكل فى البيئة الكندية: دراسة إستطلاعية باستخدام إستبيان قائم على الدليل التشخيصى الإحصائى الخامس) وتهدف الدراسة الحالية إلى تطوير بعض أدوات التقرير الذاتى التى تساعد على تشخيص المقامرة المرضية، وتحدد خصائصها، وتعمل على تحديد الأفراد الذين يبحثون عن علاج للمقامرة، وما هى أيضاً خصائص الأفراد الذين يبحثون عن العلاج . وتكونت عينة الدراسة من (٥٧) مفحوص، تم إختيارهم من مؤسسة مانيتوبا للادمان .

وأوضحت الدراسة أن هناك فروق دالة بين أعراض المقامرة فى الدليل التشخيصى الإحصائى للاضطرابات النفسية وبين أعراض المقامرة فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع DSM.IV. واتضح أن هناك علاقة إرتباطية قوية بين الدليل التشخيصى الرابع للمقامرة، ومقياس ساوث أوكس للمقامرة، وذلك عند درجة إرتباطية (0,59) .

وأشارت الدراسة إلى أن المقامرة فى نظر بعض المقامرين وسيلة للتخفيف من إضطرابات المزاج، واتضح أن (٥٠) من أفراد العينة كانت لديهم أفكار إنتحارية .

دراسة باسترناك وفليمنج . *(Pasternak, A. & Fleming, M. 1999)*

أجرى الباحثان دراسة بعنوان :(إنتشار إضطرابات المقامرة أثناء الرعاية الأولية)، وتهدف هذه الدراسة إلى تحديد الاضطرابات المرضية للمقامرين أثناء الرعاية الأولية لهم ، وتكونت عينة الدراسة من (١٠٥) من المفحوصين الذين يتناولون المخدرات والعقاقير ويشعرون بالاضطرابات النفسية أثناء العلاج من المقامرة ، وقد كان ٨٠٪ منهم من معتادى المقامرة و٦ر٢٪ يعانون من إضطرابات المقامرة أثناء الرعاية والعلاج، وكان ذلك أكثر انتشاراً بين الذكور. وتم إختيار العينة حسب الصحة والعمر والنوع والمستوى الاجتماعى والاقتصادى . وكان متوسط أعمار العينة من الراشدين. وتم تطبيق مقياس إضطرابات المقامرة وقائمة (ساوث أوكس) لسلوك المقامرة، وكذلك طبقت مقاييس خاصة بإدمان الكحوليات والمارجوانا .

وأوضحت نتائج الدراسة أن السبب فى إضطرابات المقامرة هو كثرة تناول المخدرات وبخاصة المارجوانا، كما أن الاضطرابات التى تحدث للمقامر أثناء العلاج والرعاية الأولية، تتمثل فى الحاجة الماسة للمقامر أن يمارس المقامرة ثانية .

دراسة ويدجورث . *(Wedgeworth, R. 1998)*

قام (ويد جورث) بدراسة بعنوان (النظرة الواقعية للمقامر المرضى : تحليل علاج المقامر باستخدام النموذج الطبى فى مشكلة المقامرة). وتقوم الدراسة الحالية على إفتراض مؤداه: هل النموذج الطبى لعلاج المقامرة المرضية نموذج وأقعى ويؤدى علاجاً فعلياً؟ وتكونت عينة الدراسة من (١٢) مفحوص من الذكور والإناث الراشدين، الذين تم تشخيصهم على أنهم مصابين بالمقامرة المرضية، وذلك بناء على تصنيف النموذج الطبى لعلاج المقامرة .

وجاءت نتائج الدراسة لتوضح فشل النموذج الطبى فى تصنيف المقامرين، وفشلة أيضاً فى علاجهم، نظراً لأنه ينظر لمشكلة المقامرة نظرة طبية فسيولوچية بعيدة عن جانبها الهام وهو الجانب النفسى والاجتماعى، إلا أن الدراسة أوضحت أن النموذج الطبى قد تظهر فائدته البسيطة فى أنه ينمى بعض جوانب الشخصية أثناء العلاج. ومن خلال مناقشة النتائج أؤضح الباحث أن العلاج الطبى يعتمد بقدر كبير على الايحاء، لذلك سرعان ما تجد المقامر وقد حدثت له الانتكاسة. وإذا كان النموذج الطبى ينمى بعض جوانب الشخصية أثناء العلاج إلا أن الانتكاسة تجعل المقامر (متُعلم العجز) فلا تكون له رغبة فى العلاج فيما بعد حتى ولو كانت هناك فرصة حقيقية للعلاج .

دراسة لادوسير وآخرون . *(Ladouceur, et al. 1998)*

قام لادوسير وآخرون بدراسة بعنوان (العلاج المعرفى للمقامرين المرضين) وكان الهدف من هذه الدراسة تقييم مدى فاعلية العلاج المعرفى للمقامرة المرضية . وتكونت عينة الدراسة من (٤) من المقامرين. وتم إستخدام العلاج المعرفى على هذه العينة .

وأوضحت نتائج الدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى مع الأفراد المصابين بالمقامرة المرضية وذلك من خلال تعديل الإدراك لديهم والتحكم فى الإدراك. وأشارت الدراسة إلى أن. فاعلية العلاج المعرفى لا تتضح إلا بعد (٦) أشهر من عمليات المتابعة للعلاج . وعلى الرغم من ذلك أوضحت الدراسة أن النتائج الايجابية للعلاج لم تتطابق مع الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع. DSM-IV للمقامرة المرضية .

دراسة هولاندر: *(Hollander, E.(1998)*

أجرى (هولاندر) دراسة بعنوان: (علاج المقامرة المرضية بالفلوفوكسامين قصير الأمد وأحادى البعد) وكان الهدف من هذه الدراسة هو بحث مدى فاعلية عقار (الفلوفوكسامين) فى علاج المقامرة المرضية، خاصة وأن هذا العقار معروف بقدرتة على كف أنشطة لها القدرة على إحداث الشعور بالإثارة والاندفاعية، وكذلك قدرتة على كف الأنشطة القهرية، بما فى ذلك الوسواس القهرى .

وتكونت عينة الدراسة من (٦٠) مفحوص من المقامرين المرضى، تم وضع (١٠) منهم تحت تأثير عقار (الفلوفوكسامين) لمدة (٨) أسابيع كاملة. وإستخدمت الدراسة مقياس الوسواس القهرى من إعداد (يال براون) .

وأوضحت نتائج الدراسة أن المقامرين الذين ظلوا تحت تأثير العقار لمدة (٨) أسابيع، قد أظهروا تحسنا واضحاً فى الإمتناع عن المقامرة، وأن كثير من الأفعال والأفكار القهرية قد زالت عنهم، واتضح ذلك من خلال درجاتهم الإيجابية المنخفضة على مقياس الوسواس القهرى، هذا على العكس من المقامرين الذين لم يعالجوا بعقار (الفلوفوكسامين) حيث كانت إتجاهتهم إيجابية نحو المقامرة، ولا تزال كل أنشطتهم تتركز حول سلوك المقامرة .

وتوصى الدراسة بعمل مزيد من الدراسات الخاصة بالعلاج بالعقاقير، وتوضيح ما إذا كان للعقار دور فى الايحاء للمقامر بالعلاج أم لا ؟

دراسة سيليڤان وآخرون . *(Sylvain, C. et. al. 1997)*

أجرى (سيليڤان) وآخرون دراسة بعنوان (العلاج المعرفى والسلوكى للمقامرة المرضية: دراسة ذات عوامل مضبوطة). وتهدف هذه الدراسة لبحث مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى للمقامرة المرضية. وتكونت العينة من (٢٩) من المقامرين الذين تنطبق عليهم خصائص المقامرة كما يوضحها الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المعدل لسنة ١٩٨٧ . وإستخدمت الدراسة المقاييس القبلية والبعدية، أى قبل العلاج المعرفى السلوكى وبعده . وقد إشتمل العلاج على أربع عمليات أساسية هى :

١- التصحيح المعرفى لأخطاء الإدراك الخاصة بالمقامرة .

٢- التدريب على سلوك حل المشكلات .

٣- إكتساب المهارات .

٤- منع الانتكاسة . Relapse prevention

وبعد فترة علاج تراوحت من (١٢:٦) شهر، كان التركيز فيها على التصحيح المعرفى لأخطاء الإدراك الخاصة بالمقامرة . وبعد تحليل البيانات وإجراء التحليلات الإحصائية،

أوضحت نتائج الدراسة مدى فاعلية العلاج المعرفى السلوكى لسلوك المقامرة، وظهر ذلك من خلال المقارنة بين المجموعة التجريبية التى تناولت العلاج، والمجموعة الضابطة التى لم تتعرض للعلاج، حيث إتضح أن هناك فروق ذات دلالة .إحصائية لصالح المجموعة التجريبية، كما أن هناك فروق قبل تطبيق البرنامج العلاجى وبعده .

وأشارت الدراسة إلى أن المقامر عادة ما يكون ذو إدراك غير دقيق، ولا يعى المفاهيم جيداً، ولدية عشوائية مفرطة، تتطور لدية من خلال المعتقدات الخاطئة، حيث يرى المقامر أن لدية قدرة كبيرة للتحكم فى الأشياء والأحداث، وهو اعتقاد وهمى يعرف (بوهم القدرة على التحكم) . ومن خلالة يعتقد المقامر أن كل شئ تحت تصرفة، حتى الأشياء التى تعتمد على الحظ والصدفة، وذلك على الرغم من أن الحظ قد يجانبه فى الكثير من الأوقات، لكنه دائماً يرى أن الحظ والثروة والفوز الكبير لابد وأن يحالفة فى النهاية، وترى الدراسة أن هذه المعتقدات الخاطئة هى التى تجعل المقامرين يستمرون فى المقامرة رغم ما يتعرضون له من خسارة كبيرة.

دراسة قسم الخدمات الانسانية بولاية مينسوتا (DHS. 1997)

قام قسم الخدمات الانسانية بولاية مينسوتا بدراسة عن تقييم البرامج العلاجية التى يقوم بها المقامر المرضى، وتهدف هذه الدراسة لمعرفة مدى فاعلية علاج المقامرة المرضية وما هى أنواع العلاج الملائمة لها؟؟ وتكونت عينة الدراسة من (١٨٠٠) من المقامرين المرضى من (٦) ولايات من أمريكا. وتم جمع البيانات من عام ١٩٩٢ إلى عام ١٩٩٧. وبعد إجراء التحليل الإحصائى للبيانات عن طريق الانحدار، إتضحت النتائج التالية :

١ – ليس هناك برنامج علاجى للمقامرة المرضية أفضل من الآخر، بل إن هناك برامج علاجية تأتى بنتائج إيجابية مع بعض المقامرين دون البعض الآخر.

٢ – من المفضل تناول بعض العقاقير الكيميائية بجانب البرامج العلاجية.

٣ – المقامرين الذين يراهنون بالكثير من الأموال يستمرون فى العلاج، بخلاف الذين يقامرون بمبالغ بسيطة.

٤ - المقامر المرضى ذو الثقافة والتعليم العالى والدخل المرتفع، يكون أكثر ميلاً لتكميل العلاج، وذلك بخلاف المقامر ذوى التعليم والثقافة المنخفضة والدخل البسيط.

٥ - اتضح أن تكملة العلاج تمنع حدوث الانتكاسة، وظهر ذلك بالنسبة لأفراد العينة الذين كانت مدة علاجهم تتراوح ما بين (١٢:٦) شهر.

دراسة هاربا ولى *(Harba,j. & Lee, G. 1995)*

أجرى الباحثان دراسة بعنوان (المحاور العلاجية: وتفسير الاختلاف فى المقامرة المُشكل)، وكان الهدف من هذه الدراسة تحديد التنوع والإختلاف فى المقامرة المُشكل، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠٠) من المقامرين المُشكل. وتفترض الدراسة الحالية أن هناك عدة عوامل تؤثر فى علاج المقامرة المُشكل، أهم هذه العوامل ما يعرف بـ (العوامل غير المتغيرة) Immutable variables مثل النوع، والمستوى الاقتصادى الاجتماعى، والتعليم، والدين، ويرى الباحثان أن هذه العوامل رغم أهميتها إلا أن الأهم منها «العوامل المتغيرة Mutable Variables وهى لعب اليانصيب، المراهنات، وانفاق الأموال فى المُقامرة، وادمان الكحوليات، ووهم القدرة على التحكم فى المقامرة.

ويركز كثير من الكلينيكيين على العوامل المتغيرة نظراً لأنها تسمح للمقامر بتبنى اتجاهات وبدائل جديدة قد تبعده عن المقامرة. وأوضحت نتائج الدراسة أهمية العوامل المتغيرة فى علاج المقامرة مثل فريق اللعب، وانفاق الأموال فى اليانصيب، وترى الدراسة أن تفسير الاختلاف فى المقامرة المُشكل من خلال العوامل غير المتغيرة كانت نسبته ١٦٪، أما من حيث العوامل المتغيرة كانت نسبته ١١٪ أى أن تفسير المقامرة المشكل من خلال العوامل غير المتغيرة يكون إيجابياً وأقرب إلى الصواب، وبناء على ذلك يمكن للباحثين أن يضعوا مجموعة من الاعتبارات الخاصة التى تحدد البرامج العلاجية والوقائية من المقامرة.

دراسة بوجولد. *(Bujold, A. & etal. 1994)*

قام (بوجولد) وآخرون بدراسة بعنوان (علاج المقامرين المرضى : دراسة تجريبية) ويهدف البحث الحالى لدراسة مدى فاعلية العلاج السلوكى للمقامرة المرضية، والذى يتضمن

التدخلات المعرفية. Cognitive Intervention ، وأسلوب حل المشكلات، ومنع الانتكاسة. وتكونت عينة الدراسة من (ثلاثة) من المقامرين الذين ثم وصفهم بمرضى المقامرة طبقاً للدليل التشخيصى الاحصائى الثالث المعدل DSM. III. R. ، وتم استخدام قائمة السلوك المرضى للمقامرين، وإستبيان المقامرة المرضية، وتم عمل القياسات القبلية والبعدية لمعرفة مدى فاعلية العلاج السلوكى.

أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج السلوكى للمقامرة المرضية، وظهر ذلك من خلال المقارنة بين الدرجات على المقاييس قبل العلاج وبعده، حيث إنخفضت الدرجة على المقاييس، ومن خلال مناقشة النتائج، أوضح الباحثان أن العلاج السلوكى تتحقق فاعليته لقدرته علي تقييم مشكلات المقامرين؛ إلا أنه لا يحقق فاعليته دون إجراء عمليات المتابعة للعلاج، مع التركيز على سلوك حل المشكلات وتعديل أخطاء الإدراك. ويكون ذلك فى فترة علاجية تتراوح ما بين (٦:٩) شهور.

دراسة جابورى ولادوسير *(Gaboury, A& Ladouceur, R. 1993)*

أجرى (جابورى ولادوسير) دراسة بعنوان (تقييم برامج الوقاية من المقامرة المرضية بين المراهقين). وأجريت هذه الدراسة كى تسد النقص فى الدراسات التى تتناول الوقاية من المقامرة، إذ أن هناك تزايد فى أعداد المقامرين المرضين، فأمريكا الشمالية وحدها تضم ٤٪ من المراهقين المقامرين المرضيين، هذا بجانب من ينلرجون تحت المقامرة الشرعية. وكان الهدف من هذه الدراسة تقييم برامج الوقاية من المقامرة المرضية بين المراهقين. وقد وضع الباحثان برنامجاً يتناول المعلومات والفنيات لسلوك المشكلات بالنسبة للمقامرين. وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين: مجموعة تجريبية وتشمل (١٣٤) طالب، ومجموعة ضابطة وتشمل (١٥٥) طالب كلهم كانوا من المقامرين المرضيين.

وتكون البرنامج الوقائى من المقامرة المرضية من ثلاث جلسات، كل جلسة تحتوى على معلومات عن المقامرة وسلوكيات المقامر، والمقامرة المرضية، وقائمة من الأسئلة التى تتصل بالمقامر.

وأوضحت نتائج الدراسة أن البرنامج الموضوع كان مفيداً للمجموعة التجريبية التى تناولته، وذلك بالمقارنة بالمجموعة الضابطة التى لم تستخدمه، وكان أثر البرنامج الوقائى واضحاً فى (ستة أشهر)، كما إتضح أن البرنامج يساعد الأفراد على إكتساب المهارات الخاصة بسلوك حل المشكلات، وأن تأثير البرنامج لا يكون على المدى القصير فقط، بل البعيد أيضاً.

وفى مناقشة نتائج الدراسة أوضح الباحثان أن المعلومات التى يتناولها المقامر عن المقامرة تسهل لدرجة كبيرة تعديل سلوكيات المقامرة، شريطة أن تعتمد هذه المعلومات على الحوار والنقاش، دون الإلقاء فقط. وأشار الباحثان أيضاً أن برنامج الوقاية من المقامرة لا يكون فعال إلا إذا كان لدى الفرد قدر معين من السلوكيات التمهيدية التى تبشر بالوقوع فى المقامرة، لكن تحديد هذه السلوكيات هو الذى يمثل العقبة أمام برامج الوقاية، فليس هناك إتفاق عام حول نوعية السلوكيات التى تؤدى للمقامرة، وذلك لكثرتها وتنوعها، وكذلك إختلاف هذه السلوكيات من ثقافة لأخرى، حتى أنها تختلف فى الثقافات الفرعية، كذلك ترتبط هذه السلوكيات بخصائص الشخصية، والطابع الشخصى لكل فرد. ويتغلب الباحثون على هذه النقطة من خلال إقامة برامجهم العلاجية على أسس نظرية معينة.

دراسة هولاندر وآخرون *(Hollander, E. et. al. 1992)*

قام هولاندر وآخرون بدراسة بعنوان " علاج المقامرة المرضية بالكلوميبرامين " وتهدف الدراسة الحالية للكشف عن مدى فاعلية بعض العقاقير فى علاج المقامرة المرضية وبخاصة عقار الكلوميبرامين، ويرى الباحث وزملاءه أن معظم الطرق العلاجية للمقامرة المرضية تنصب حول العلاج السلوكى والطرق السيكودينامية، إلا أن هذه الطرق تجعل المقامرة المرضية عرضة لانتكاسة من جديد، وذلك لأن المقامرة المرضية إذا كانت تحتوى على جانب سلوكى، إلا أنها تشمل على جانب فسيولوجى أيضاً، وهو ما تتناوله بعض الأساليب العلاجية بالعقاقير.

وتفترض الدراسة الحالية أن علاج المقامرة المرضية عن طريق الكلوميبرامين، يؤدى لتحسن كبير لدى المقامرين، وذلك لأن العقاقير لا تعالج المقامر فحسب، وانما تعالج أيضاً

إضطرابات المقامرة. وقد تكونت عينة الدراسة من مجموعة من المقامرين المرضيين من بينهم حالة سيدة كانت تمارس المقامرة لمدة (١٢) عاماً، وكانت تعالج بالطرق السلوكية والسيكوديناميه دون أن تتحسن حالتها، وتم تقسيم عينة الدراسة لمجموعتين:

١ – مجموعة كانت تعالج بعقار الكلومبيرامين فقط.

٢ – مجموعة كانت تعالج بأساليب علاجية سلوكية وسيكوديناميه بجانب تناول عقار الكلومبيرامين.

وأضوحت نتائج الدراسة مدى فاعلية عقار الكلومبيرامين فى علاج المقامرة المرضية، وأنه إذا تم العلاج دون وجود هذا العقار، فلن تؤدى الطرق العلاجية المستخدمة لأى تحسن. وأشارت الدراسة إلى أن العلاج يكون فعال ومؤثر بعد (٢٨) أسبوع من العلاج. وتبرهن الدراسة على مدى صحة النتائج بحالة السيدة التى كانت تعالج لمدة (١٢) عاماً من المقامرة المرضية، دون جدوى، إلا أن عقار الكلومبيرامين أدى لعلاجها. وتشير الدراسة فى توصياتها، بأنه من المفضل إستخدام عقار (الليثيوم) بجانب عقار الكلومبيرامين حتى نضمن نجاح العلاج.

دراسة مكوناى. *(Mcconaghy, N. 1988)*

قام مكوناى بدراسة بعنوان: (تحديد وتكوين المقامرة المرضية) . ويهدف البحث الحالى لمعرفة أثر العلاج بالكف الخيالى للإحساس (Imaginal desensitization (iD ، وتهدف الدراسة أيضاً للمقارنة بين هذا النوع من العلاج والعلاجات الأخرى مثل العلاج السلوكى البديل، والعلاج بالتحول الكهربائى، والاسترخاء الخيالى، والعلاج بالغمر. وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) مقامر، كان من بينهم (٨٥) ظلوا يمارسون المقامرة لمدة (٢:٩) سنوات. وتم عمل الجلسات العلاجية معهم، بجانب إجراء المقابلات الشخصية. واستمرت الجلسات العلاجية (٥) أيام بواقع جلستين فى اليوم الأول، مدة الجلسة من (١٥:٢٠) دقيقة، ثم تزيد هذه الجلسات لتصبح ثلاثة جلسات فى اليوم الثالث.

وتقوم فكرة الكف الخيالى للإحساس، بأن الكف الدائم المستمر للإحساس نحو الأشياء والموضوعات المعينة يساعد الفرد على التحكم فى سلوكياته الاندفاعية، وفى هذه الطريقة يقوم المقامر بوصف أربع مواقف يمارس فيها سلوك المقامرة، ثم يتم التركيز على هذه المواقف ويحاول المعالج أن يعدل فيها، وما أن يتم تغيير هذه المواقف، يشعر المقامر أنه ليس بحاجة لممارسة المقامرة، فيترك كل ما يحيط بموقف المقامرة حتى لا تثير هذه المواقف سلوك المقامرة لديه. وتبدأ عملية العلاج باسترخاء تام لمدة خمس دقائق فى حجرة مظلمة، وفى أثناء ذلك يطلب من المفحوص أن يتخلى عن توتره ويسترخى بعضلاته، ثم يبدأ المعالج فى توضيح أسباب المقامرة لدى الفرد، وما يساعد المعالج على ذلك قدرة المريض على الاسترخاء والتخلى عن القلق.

وأوضحت نتائج الدراسة أن ٧٨ر٨٪ من الذين تمت معالجتهم بالكف الخيالى بالإحساس قد توقفوا عن ممارسة سلوك المقامرة، وذلك بالمقارنة بالمقامرين الذين تمت علاجهم بأساليب أخرى.

دراسة تابر وآخرون *(Taber, j. et. al. 1987)*.

قام تابرو وآخرون بدراسة بعنوان: (متابعة المقامر المرضى بعد العلاج). وتهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مدى فاعلية العلاج الجماعى فى علاج المقامرة المرضية، وتكونت عينة الدراسة من (٦٦) مقامر مرضى من الذكور، أعمارهم تتراوح ما بين (٢٤:٧٤) سنة وتم استخدام برنامج (بريكسفيل) للعلاج الجماعى. وأجريت عمليات المتابعة لـ (٥٧) مقامرة من مجموع (٦٦) وإستغرقت المتابعة (٦) أشهر، واتضحت النتائج التالية:

أن متوسط ممارسة المقامرة كان لدى عينة المتابعة قبل العلاج ٧ر١٥ يوم فى الشهر، إنخفض بعد العلاج والمتابعة ليصل إلى (٧٤ر٤) يوم فى الشهر، مما زاد فى تحكم هؤلاء الأفراد فى المقامرة لديهم، أن تم وضعهم فى مؤسسة (المقامر المجهل) (Gambler anonymous) وقد أدى التحكم فى دفعات المقامرة إلى أن تم السيطرة أيضاً على بعض السلوكيات، مثل إدمان الكحوليات، والقلق، والاكتئاب، الأفكار الانتحارية، وإنخفض الشعور بالذنب وتوبيخ الذات.

دراسة كنيدون وديكرسون. *(Kyngdon, A. & Dickerson, M. 1999)*

قام كيندون وديكرسون بدراسة بعنوان: "دراسة تجريبية لتأثير إدمان الكحول على ممارسة المقامرة الكاذبة". ويهدف البحث الحالى لدراسة العلاقة بين سلوك المقامرة وإدمان الكحوليات، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين : تجريبية وضابطة، وقسموا إلى ذكور وإناث، وتم إختيارهم عشوائياً من الذين إعتادوا على ممارسة المقامرة وإدمان الكحوليات. وتم إستخدام بطارية الشخصية، وقائمة الاختيارات المعدلة وقياس المثابرة فى سلوك المقامرة.

وأوضحت نتائج الدراسة أن الفرد قد يعرض نفسه لآثار نفسية سيئة جداً بتناوله الكحوليات وممارسة المقامرة، وعلى الرغم من وضوح العلاقة بين إدمان الكحوليات وسلوك المقامرة إلا أن هذه العلاقة كثيراً ما غابت عن أذهان الباحثين. وتفسر الدراسة سبب ارتباط المقامرة بتناول الكحوليات، أن المقامرين يعتقدون أن الكحوليات تساعدهم على التحكم الذاتى فى المقامرة.

دراسة بلازنسكى *(Blaszczynski, A. 1999)*

قام بلازنسكى بدراسة بعنوان (المقامرة المرضية وإضطراب الوسواس القهرى) وذلك بهدف إختبار الفرض القائل أن المقامرة المرضية يمكن تصنيفها ضمن إضطراب الوسواس القهرى. وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) مفحوص كانوا يعانون من المقامرة المرضية. (مجموعة تجريبية)، و(٤٠) مفحوص لايمارسون المقامرة. مجموعة ضابطة.واستخدمت الدراسة مقياس (بادو) للمقامرة المرضية.

وأوضحت نتائج الدراسة أن المقامرة المرضية ترتبط بالوسواس القهرى، وظهر ذلك من خلال درجات المقامرين المرضين فى الوسواس القهرى، بخلاف المجموعة الضابطة التى لم تمارس سلوك المقامرة. وإتضح من الدراسة أن المصاب بالمقامرة المرضية يفشل فى التحكم فى الأنشطة الفعلية ولديه مستوى مرتفع من الاندفاعية؛ كذلك إتضح أن محتوى الأفكار الوسواسية يرتبط بسلوك المخاطرة.

مناقشة الدراسات السابقة والتعليق عليها

بعد عرض الدراسات السابقة والتى تناولت سلوك المقامرة فى علاقته الدينامية وسلوك المخاطرة والغرائز الجزئية والعلاج النفسى الجماعى، يبقى أن نناقش هذه الدراسات من حيث ما جاء بها من نتائج وطرق منهجية، ونناقش أيضاً أدوات القياس والعينة.

وقد جاءت الدراسات السابقة بمعلومات قيمة فيما يتصل بسلوك المخاطرة والعلاج وبعض الديناميات النفسية للمقامرة والمتمثلة أسباب المقامرة ، ولماذا تنتشر ؟ وطرق التشخيص، وأشهر المقاييس السيكولوجية لقياس سلوك المقامرة ، وبالرغم من ذلك هناك بعض جوانب القصور فى هذة الدراسات ، وهو ما سوف نوضحة .

فيما يتصل بسلوك المخاطر لدى المقامر المرضى، أشارت بعض الدراسات إلى أن سلوك المخاطرة يرتبط ببعض الخصائص الشخصية للمقامر ، مثل القلق والعدوان ، وإضطراب التحكم فى الدفعات ، فالمقامر يخاطر بكثير من الاموال ليتجنب مشاعر القلق ، كما أنه يتخذ من المقامرة وسيلة لتفريغ الشحنة العدوانية على الاخرين، ويؤدى إرتفاع الدرجة فى سلوك المخاطرة إلى عدم رغبة المقامر فى العلاج من المقامرة .

(vitaro,f. et . al, 1999).

وتشير بعض الدراسات إلى أن سلوك المخاطرة لدى المقامر له أساس فسيولوجى ويمكن القضاء عليه من خلال العقاقير . *(ZUCKERMAN, N. & KUHLMAN, D. 2000)*، ويرتبط سلوك المخاطرة بوهم القدرة على التحكم illusion of control، فالمقامر يخاطر بكثير من الأموال، لأنه يعتقد فى قدرتة على التحكم فى مجريات اللعبة، حتى التى لا تتطلب المهارة وتعتمد على الحظ، إذ يؤمن المقامر بأن التدريب والمهارة يمكن لهما أن يطوعا المقامرة لصالحة، ورغم الخسارة الكبيرة والهزائم المتلاحقة التى يتعرض لها المقامر، فإنه لا يعدل عن المخاطرة. وقد يكون المقامر من الذين لا يتميزون بالمخاطرة فى بداية ممارسة المقامرة، ولكن ما يجعلة يخاطر أنه عاش خبرة الفوز الكبير أكثر من مرة فى بداية المقامرة .

(Dixon, M. et. al. 1998)

والمخاطرة لدى المقامر ترتبط بالعديد من الأنشطة، أهمها، السلوك المضاد للمجتمع والمتمثل فى إيزاء الآخرين، وتبديد الأموال والاختلاس، وتكثر هذه الأفعال فى المراهقة . *(Stinchfield, R. et. al. 1997) (Buchta, R. 1995)*. من هنا يتضح لنا أن المقامرة المرضية ترتبط إرتباطاً وثيقاً بسلوك المخاطرة، حتى أن البعض يبالغ فى وصف هذه العلاقة فيقرر أن الفرد إن لم يقامر فإنه لن يشعر بسلوك المخاطرة الفعلى فى أى نشاط آخر .

(Shaffer, H. & Hall, M. 1996)

وفيما يتعلق بتشخيص المقامرة المرضية، إتضح أن غالبية الدراسات تعتمد على الدليل التشخيصى الاحصائى، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى .

(Bujold, A. & et .al. 1994) (petry, N. & Armentano, C. 1999)

(Beaudoin, C. & cox, B. 1999)

أما فيما يتعلق بالغرائز الجزئية فى علاقتها بالمقامرة المرضية، أشارت بعض الدراسات إلى أن المقامر مازوخى، لا يبغى إلا الخسارة، وذلك للشعور بالذنب والرغبة فى التكفير عن علاقتة السيئة بوالدية فى الطفولة *(Moran, E. 1995)*. وأشارت دراسات أخرى عن علاقة السادية والمازوخية بالمقامرة المرضية من ناحية، وعلاقة المازوخية بسلوك المخاطرة، فالسادية تؤدى للمازوخية وكذلك المازوخية تؤدى للسادية لدى المقامر المرضى، وكأن المقامرة المرضية فى علاقتها بالغرائز الجزئية فيما يتصل بالسادية والمازوخية – لا تستطيع أن تستقر على حالة واحدة .

ومن ناحية أخرى ترتبط المقامرة المرضية بسلوك المخاطرة والمازوخية، حيث يشير بعض الباحثين إلى أن سلوك المخاطرة والمازوخية وجهان لشئ واحد، فكلاهما له نفس الخصائص والآثار من حيث ما يؤدى إليه من ضغوط وآلام للذات لا تمثل للمقامر جانباً سلبياً، بل هى كل ما يتمناه . *(Russo, A. 1987)* لذا قلنا أن المقامر يبحث عن مشكلة لكل حل وليس حل لكل مشكلة !

وأشارت بعض الدراسات إلى إرتباطا المازوخية لدى المقامر المرضى بالشعور بالذنب، وأنه كلما كثرت الاحباطات واضطربت الحياة الأسرية والإجتماعية، كلما إرتفعت الدرجة على المازوخية، وأصبح الفرد عديم القدرة على الابتعاد عن المقامرة كذلك تصبح هناك الكثير من الأنشطة التى يريد المقامر القيام بها، لكن المقامرة تحول دون ذلك، مما يؤدى لإرتفاع معدلات المازوخية .

(Dielmant, T. 1996, p.1)

وفى الدراسات التى تناولت الغرائز الجزئية بشقيها (السادية والمازوخية) كأحد أبعاد الشخصية، اتضح أن علاقة المقامرة بها علاقة سبب ونتيجة، بمعنى أن المقامرة المرضية هى السبب فى السادية والمازوخية، وذلك لأن هذين البعدين من أهم أدوات سلوك المقامرة، إذ لابد من أن تكون سادى ومازوخى لكى تكون مقامراً، وتتضح السادية فى حالة الانتصار على الخصم وتحقيق نوعاً من تأكيد الذات، ولا يلبث أن يزول ذلك فى حالة الهزيمة ويتحول إلى مازوخية. *(Bell, B. 1993, p.1)*

وفيما يتصل بعلاج المقامرة المرضية تتضاربت نتائج الدراسات فيما بينها، بين مؤيد لفكرة أن لا علاج للمقامر، وبين معارض لذلك، يرى صعوبة العلاج، وبين هذا وذاك نجد فريقاً ثالثاً يرى أن صعوبة العلاج وعدم جدواه ترجع لإستخدام بعض الأساليب الخاطئة التى تنظر للمقامرة على أنها ظاهرة جسمية يمكن أن نتناولها بالعقاقير. فقد أوضحت بعض الدراسات أن علاج المقامرة عن طريق العقاقير والنماذج الطبية، علاج غير مفيد، فالمقامرة ليست ظاهرة فسيولوجية أو بيولوجية، بل هى نفسية المنشأ .

(Wedgeworth, R. 1998, p.5)

فعلاج المقامرة بعقاقير مثل «الكلوميبرامين والفلوفو كسامين والليثيوم، كلها علاجات لا تفيد فى شئ، كذلك هناك طرق علاجية خاطئة مثل العلاج الأسرى والعلاج الزواجى، مثل هذه الطرق إذا قدر لها النجاح، فإن نسبة العلاج تصل إلى (٨٪) مع إحتمال كبير للإنتكاسة للمقامرة بعد شهور عديدة. وعلى الجانب الآخر توجد علاجات ذات فاعلية عالية من قبيل العلاج

الجماعى باستثناء طريق العلاج الزواجى (أحد أنواع العلاج الجماعى)، بجانب أنواع العلاجات التى تركز على البناء المعرفى وطرق حل المشكلات، والتدريب على المهارات الاجتماعية، وتعديل أخطاء الإدراك.

(Petry, N. & Armentano, C. 1999, p.1021)

وتشير بعض الدراسات إلى أن علاج المقامرة لا يكون فعالاً إلا من خلال فترة علاجية لا تقل عن ستة أشهر أو تسعة أشهر . *(Bujold, A. & et. al. 1994, 275)*

وهناك دراسات تهتم بالنباء المعرفى للمقامر، وأن العملية العلاجية لابد وأن تشمل على التصحيح المعرفى لأخطاء الإدراك، والتدريب على سلوك حل المشكلات، والقضاء على عشوائية الوعى لدى المقامر. *(Sylvain, C. et .al. 1997)* وبعض الدراسات تحدد العملية العلاجية فى متغيرين: (عوامل متغيرة) وهى: المراهقة، وإنفاق المزيد من الأموال فى المقامرة، وإدمان الكحوليات، ووهم القدرة على التحكم .

أما العوامل غير المتغيرة هى: الدين، النوع، المستوى الاجتماعى والاقتصادى وتقوم العملية العلاجية على تناول العوامل المتغيرة لعلاج المقامرة المرضية، فضبط عمليات المراهنة، وتعديل الفكر الخاص بوهم القدرة على التحكم، يؤدى إلى القضاء على المقامرة .

(Harba, j. & Lee, G. 1995)

وتشير بعض الدراسات إلى أن علاج المقامرة المرضية لا يحدث بصورة كلية، وإنما من خلال تناول الأعراض، وبخاصة عرض «وهم القدرة على التحكم» ويكون ذلك من خلال موقف تجريبى أثناء ممارسة المقامرة وليس أثناء الجلسة العلاجية . *(Dixon, M. 2000)*

وفيما يتصل بالبرامج العلاجية للمقامرة المرضية، أشارت بعض الدراسات إلى أنه لايوجد برنامج علاجى واحد يصلح لتناول كل المقامرين، وأن هناك برامج علاجية تصلح لبعض المقامرين ولا تصلح للبعض الآخر. كذلك فإن المقامرين يختلفون فيما بينهم من حيث متابعة العلاج والاستمرار فيه، وذلك حسب المستوى الثقافى والتعليمى والاقتصادى. فعملية المتابعة من العوامل المهمة فى منع الانتكاسة للمقامرة . *(DHS. 1997)*

أوضحت الدراسات السابقة أن هناك بعض المحكات، نستطيع من خلالها الحكم على المقامرة بأنها مقامرة مرضية. وتشمل هذه المحكات ما يلى :

١- كثرة عدد المرات التى يقامر فيها الفرد .

٢- تنوع أساليب المراهنة، وعدم الاقتصار على لعبة واحدة .

٣- كمية كبيرة من الأموال تخصص للمقامرة .

٤- قضاء معظم الوقت فى ممارسة المقامرة .

٥- الفشل المتكرر فى الإمتناع عن المقامرة، رغم إدراك سلبياتها .

ورغم أن المقامرة تزداد بين الذكور دون الإناث، إلا أن آثارها السلبية واحدة على كلاهما. ***(Harba, J. & Lee, G. 1996, p.105)***

ومن ناحية إنتشار المقامرة فى المجتمعات الغربية، توضح الدراسات السابقة أن السبب يكمن فى العديد من العوامل، هى :

١- كثير من المقامرين ينظرون لسلوك المقامرة على أنه سلوك سوى ذو جاذبية خاصة، وليس سلوكاً مرضياً .

٢- المقامرة بالنسبة للكثيرين، المهرب الأساسى للضغوط النفسية، وإضطرابات المزاج .

٣- المقامرة تهئ للمقامرين ما يفقدونة من علاقات إجتماعية .

٤- البيئة تساعد على إنتشار المقامرة، حيث كثرة التراخيص التى تمنحها الدولة لنوادى القمار.

(Wallisch, L. 1998, p.4094) ***(Beaudoin, C. & Cox, B. 1999, p.483)***
(Bujold, A. & et. al. 1994, p.276)

وعلى الرغم مما جاءت بالدراسات السابقة من معلومات قيمة، ونتائج فسرت الظاهرة تفسيراً علمياً صحيحاً، إلا أن هناك بعض النقاط التقيمية، التى لابد أن نوضحها، والتى لا

تقف فقط عند حد النقد، بل تشتمل أيضا على توضيح جوانب القوة فى هذه الدراسات . وذلك من خلال الجوانب المنهجية والتطبيقية، الخاصة بالمنهج المستخدم، والعينة، والأدوات والنتائج .

فمن حيث المنهج: نجد أن جميع الدراسات إستخدمت خطوات المنهج العلمى من حيث الضبط والتقنين لإجراءات الدراسة، إلا أن المنهج العلمى المتبع يمكن أن نوصفة بأنه منهج (أحادى الجانب) يشمل على طريقة واحدة، وهى الطريقة التجريبية، فليس هناك دراسة واحدة إستخدمت المنهج الكلينيكى، أو المنهجين معاً (الكلينيكى والتجريبى) حيث لغة الكم والكيف، حيث لغة الكم التى تستخدم الإحصاء المتمثلة فى المتوسطات والإنحرافات المعيارية واختبارات الدلالة، ولغة الكيف متمثلة فى المقابلة الكلينيكية، والإختبارات الاسقاطية وتفسير النتائج فى ضوء نظرية التحليل النفسى وسبرأغور اللاشعور، ولكن كانت كل الدراسات تجريبية تهتم بقياس الشعور وإهمال اللاشعور. لذا نحاول فى هذه الدراسة إن لا نركز على منهج بعينة، سواء كان تجريبياً أم كلينيكياً، وإنما نود أن نجمع بين المنهجين : (التجريبى والكلينيكى) الذان يؤلفان معاً حالتين متتابعتين فى التطور المنهجى لعلم النفس ***(صلاح مخيمر. ١٩٦٩، ١٧)*** .

فالاتجاة الكلينيكى يتيح، بصورة معينة، تناول مشكلات يقف أمامها المنهج التجريبى عاجزاً، كما يقف أمامها العالم النفسى قادراً أكثر منه عارفاً، أما على الصعيد النظرى فإن الفرضيات (الدينامية) التى يستخدمها المنهج الكلينيكى، أدت فى بعض الحالات إلى أعمال تجريبية «لا سيما قبل كيرت ليفين ومدرستة» . ***(موريس روكلين، ١٩٨٣، ١٣)*** وهذا ما أسماه (دانييل لاجاش) بالنزعة الكلينيكية المسلحة: «حيث أنه ليستوى أن نقول أن كل ممارس سيكـــولوچى ينبغى أن يكون كلينيكياً، أو أن يكون باحثاً وليس مجرد إنسان ميكانيكى. ***(دانـييـل لاجـاش، ١٩٨٩، ٣١٠)*** إذن نحن بحاجة إلى منهج كلينيكى بأدواتة الكلينيكية التى أصبحت تتميز الآن بدرجة عالية من الدقة من حيث الصدق والثبات.

(Albert, R. Mary, H. 1960, p.2)

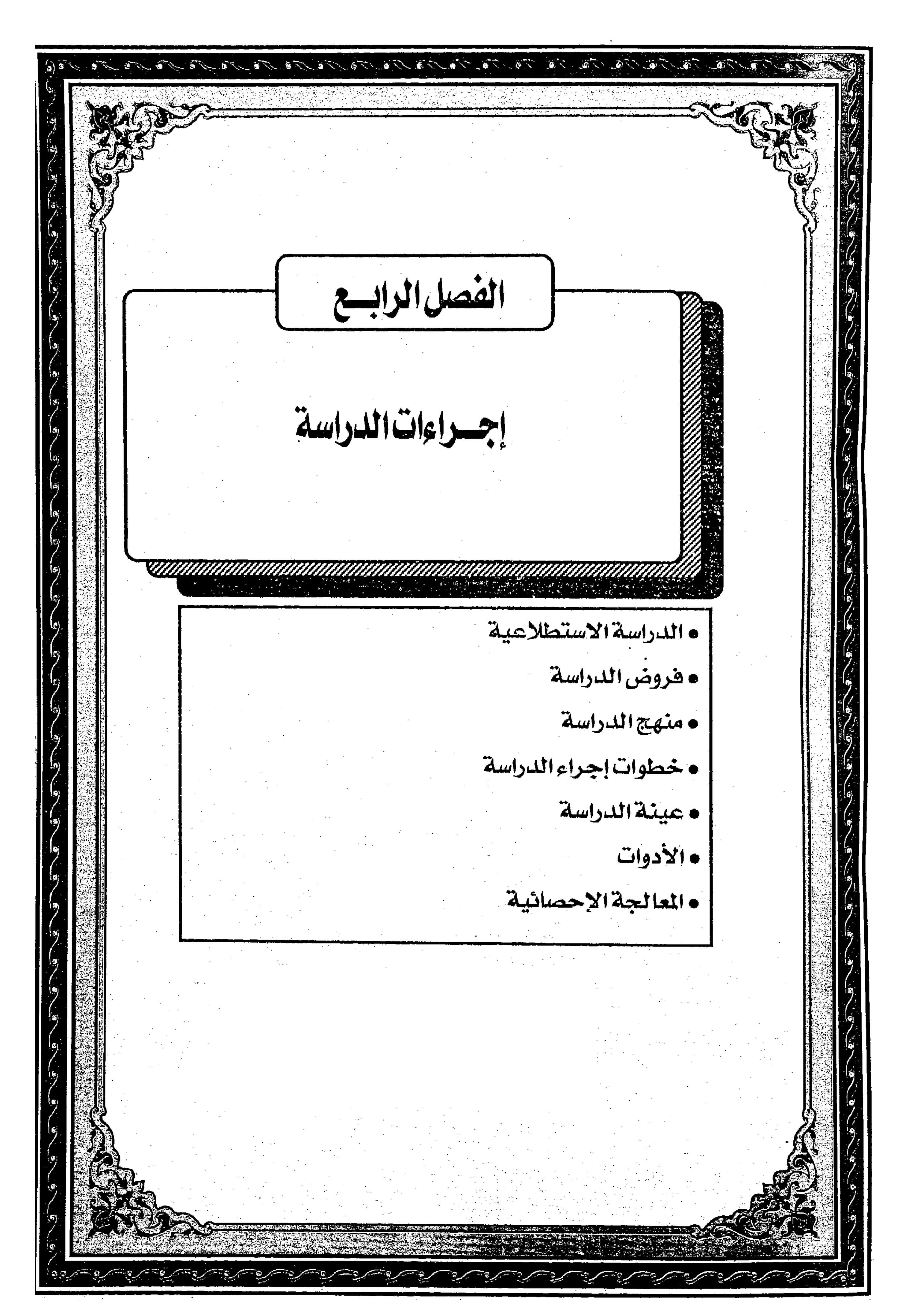
وفيما يتصل بالعينات، فقد جاءت معظم الدراسات بعينات كبيرة وكافية، مما يجعلنا على ثقة من النتائج، ويمكننا من القابلية للتعميم. ***(Volberg, R. et al. 1997)***

، ***(Stinchfield, R. et al. 1997) (volberg , R. et. al. 1998)***

ومع ذلك كان هناك القليل من الدراسات لم يتجاوز عيناتها (٥) أو (٤) من المقامرين *(Dixon, M. et .al. 1998) (Ladouceur, R et .al. 1998)* . كما أن هناك دراسات لم تحدد عدد العينة، واكتفت فقط بوصفها، ودراسات أخرى أخذت عيناتها من مكان واحد، مما يقلل من مدى تمثيل العينة، فإذا كان حجم العينة قليلاً، وإقتصر على قطاع محدود من المجتمع، كان هناك شكوك فى تعميم النتائج . ***(ڤان دالن، ١٩٩٤، ١١٥)***

وفيما يتصل بالادوات المستخدمة فى الدراسات، إتضح أن أكثر الادوات شيوعاً لقياس المقامرة المرضية هما مقياس : المقامرة المرضية لمؤسسة «المقامر المجهول» ومقياس (ساوث أوكس) . ورغم أن الكثير من الدراسات إستخدمت أكثر من أداة، إلا أن القليل منها إستخدم أداة واحدة فقط، بل إن هناك دراسات إعتمدت فقط على تحليل بيانات المقابلة فى إستخراج النتائج، مما يؤثر على صدق وثبات النتائج، فلكى تكون النتائج على جانب كبير من الثبات والصدق، لابد للباحث من إستخدام أكثر من أداة. *(Anastasi, A. 1995, p.156)*

وقد إتفقت هذه الدراسات فى العديد من النقاط، وإختلفت فى أخرى، مما دعى الباحث لمحاولة الوقوف على نقاط محددة لتلك التناقضات، وتلافى نقاط الضعف فى المنهج والعينة والأدوات، مما كان له الأثر فى قيام الدراسة، آخذين فى الاعتبار كل السلبيات سالفة الذكر، نحو إستخدم أحدث المناهج المستخدمة فى علم النفس، وهو الجمع بين المنهجين التجريبى والكلينيكى لنتعرف على المقامر من جانبية : الشعورى واللاشعورى.



الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- الدراسة الاستطلاعية
- فروض الدراسة
- منهج الدراسة
- خطوات إجراء الدراسة
- عينة الدراسة
- الأدوات
- المعالجة الإحصائية

الفصل الرابع

إجراءات الدراسة

- الدراسة الاستطلاعية
- فروض الدراسة
- منهج الدراسة
- خطوات إجراء الدراسة
- عينة الدراسة
- الأدوات
- المعالجة الإحصائية

الدراسة الاستطلاعية:

يرى الباحث أن الدراسة الاستطلاعية هى طريقة علمية مُقننة وفق شروط مضبوطة ومحكمة، تمكن الباحث من تكوين قدر كبير من الأفكار والمعلومات عن طبيعة الظاهرة موضوع البحث، فمن خلالها يستطيع الباحث تحديد أهم المتغيرات التى تؤثر فى الظاهر وكذلك العوامل التى تتأثر بها، فهى بذلك تساعد الباحث على الاحاطة بالجوانب الهامة للظاهرة.

وقد أدت الدراسة الاستطلاعية إلى تكوين قدر كبير من الافكار العلميةعن المقامرة والديناميات النفسية للمقامر، والبنية السيكولوجية للمقامر، وكذلك تباين أشكال المقامرة، والطابع الغريب والشاذ للمقامرين، ومدى أهمية المقامرة للمقامر. كما ألقت الدراسة الاستطلاعية الضوء على البنية الاجتماعية والثقافية وطبيعة البناء الفوقى والتحتى للمقامر.

وأهم ما أوضحته الدراسة الاستطلاعية «عالمية المقامرة» Worldwid gambling والمقصود بذلك ليس فقط إنتشار المقامرة فى كل المجتمعات، بل وحدة البنية السيكولوجية للمقامر أيضاً ، وإتضح ذلك من تحديد أهم المتغيرات التى تؤثر وتتأثر بها المقامرة، وتشمل سلوك المخاطرة Risk- Taking والغرائز الجزئية بأبعادها الأربعة: المازوخية والسادية، النظارية والاستعراضية، وبخاصة المازوخية والسادية، هذا بالاضافة للعديد من الديناميات النفسية للمقامر مثل: وهم القدرة على التحكم فى الاشياء illusion of control ، وإضطراب البناء المعرفى، والاكتئاب والشعور بالذنب والتناقض الوجدانى، وانخفاض تقدير الذات، وتحدى الأقدار.

أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية لتحديد مدى أهمية الموضوع للدراسة التى سوف يقوم بها الباحث، وبخاصة فيما يتعلق بالمجال التطبيقى الذى تقدم الدراسة بمناقشته، والخاص بالديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج الجمعى.

فالتعرض للديناميات النفسية للمقامر يقودنا إلى كثير من المتغيرات النفسية، التى طالما إشتد فيها الجدال ولم يحسم فيها النقاش، خاصة فى متغيرات مثل سلوك المخاطرة والغرائز

الجزئية، هذا بالاضافة إلى أن دراسة المقامرة دراسة علمية تجعلنا نصحح النظرة للمقامرة بأنها مرض (أكثر منها جريمة)، وأنه يجب تناولها من منظور سيكولوجى يبرز الطابع الدينامى الذى لا يقف عند حد الرصد فقط، بل الفهم والتفسير، من خلال منهج علمى يعتمد على الكم والكيف.

ومن خلال ذلك يتم التأكد تطبيقاً من نتائج البحوث والأطر النظرية المختلفة حول الديناميات النفسية للمقامر، ولا يقف الأمر عند ذلك فقط، بل إن الدراسة الاستطلاعية تحدد أهم المتغيرات النفسية التى تؤثر فى الظاهرة وأدوات قياسها.

عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من (٢٠) مقامراً، وقد تم إختيارهم إختياراً عشوائياً، إتضح منه تنوع العوامل الديموغرافية Demographical factors وذلك من حيث، السن، المستوى التعليمى، وتباين مدة المقامرة من جيث طول المدة أو قصرها، وكذلك تنوع المستوى الاجتماعى الاقتصادى، والحالة الاجتماعية والمبالغ المقامر بها.

وقد تم تحديد هذه العوامل نظرا لأهميتها والدور الذى تلعبه فى تحديد نوعية المقامرة ومستوياتها، من حيث أنها مقامرة من المستوى الأول أو الثانى أو الثالث، هذا بالاضافة إلى أن أغلب الاطر النظرية والدراسات السابقة حددت هذه العوامل كأساس يعتمد عليه فى إختيار عينات المقامرة، كما أن هذه العوامل تؤثر لدرجة كبيرة فى تحديد ديناميات المقامرة.

وتتحدد خصائص العينة الاستطلاعية من خلال العوامل الديموجرافية المذكورة كما يلى:

جدول (١) يوضح خصائص العينة الإستطلاعية للمقامرين من حيث (السن)

ف	ك
١٨ - ٢٠	١
٢١ - ٢٣	٣
٢٤ - ٢٦	٢
٢٧ - ٢٩	٢
٣٠ - ٣٢	٦
٣٣ - ٣٥	١
٣٦ - ٣٨	٢
٣٩ - ٤١	٣
مجموع	٢٠

يوضح الجدول السابق تركز العينة الاستطلاعية فى المرحلة من (٣٠:٣٢) سنة حيث بلغ حجم العينة الاستطلاعية (٦) من المقامرين. أما باقى المراحل العمرية للمقامرين يتراوح عددهم ما بين (١:٣)، وذلك فى المرحلة العمرية من (١٨:٢٩) سنة، وكذلك فى المرحلة العمرية من (٣٣:٤٠). وتتفق خصائص العينة الاستطلاعية من حيث السن، مع خصائص العينة الأساسية للدراسة.

جدول (٢) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية

للمقامرين من حيث (المستوى الثقافى التعليمى)

ف	ك
ليسانس آداب	٤
معهد تجارى	٢
أمى (لا يقرأ ويكتب)	٢
بكالوريوس حقوق	٥
دبلوم	٢
حرفى	٢
تاجر	٣
مجموع	٢٠

يتضح من الجدول السابق تنوع المستوى الثقافى التعليمى للعينة الاستطلاعية ما بين أمى لا يقرأ ويكتب إلى المرحلة الجامعية، ويلاحظ كثرة المقامرين كلما ارتفع المستوى التعليمى، حيث تركزت العينة الاستطلاعية فى الكليات عن باقى المستويات الثقاية التعليمية، حيث حصلت كلية الحقوق بمفردها على (٥) تكرارات، وهى أعلى التكرارات، يليها كلية الآداب (٤) تكرارات ثم فئة التجار (٣) تكرارات، على حين كانت تكرارات الأميين وخريجى المعاهد (٢) لكل منهم. وتنوع المستوى التعليمى للعينة الاستطلاعية يفيد بالخروج بنتائج إيجابية دالة وموثق فيها، وتساعد الباحث فى الدراسة الأساسية.

جدول (٣) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية

للمقامرين من حيث (طول مدة المقامرة)

ف	ك
١ – ٢	٢
٣ – ٤	٢
٥ – ٦	٣
٧ – ٨	١
٩ – ١٠	٩
١١ – ١٢	١
١٣ – ١٤	١
١٥ – ١٦	١
مجموع	٢٠

يتضح من الجدول السابق أن نسبة كبيرة من المقامرين فى العينة الاستطلاعية، كانوا يمارسون المقامرة لفترات طويلة، حيث كان هناك (٩) من المقامرين يمارسون المقامرة من (٩ : ١٠) سنوات، ومن (١ : ٢) سنة (٢) من المقامرين، ومن (٣ : ٤) سنوات، (٢) من المقامرين، ومن (٥ : ٦) سنوات ، (٣) من المقامرين، ومن (٧ : ٨) سنوات (١) مقامر واحد. وإنخفض عدد المقامرين الذين تخطوا عشر سنوات حيث وصل عددهم ثلاث مقامرين (٣) مقسمين على السنوات من (١١ : ١٢) و (١٣ : ١٤) و (١٥ : ١٦) سنة.

جدول(٤)يوضح خصائص العينة الاستطلاعية للمقامرين

من حيث (طول فترات المقامرة يومياً)

ف	ك
١ - ٢	٢
٣ - ٤	٢
٥ - ٦	٣
٧ - ٨	٣
٩ - ١٠	٩
١١ - ١٢	١
مجموع	٢٠

يشير الجدول السابق إلى أن غالبية المقامرين فى العينة الاستطلاعية يمارسون المقامرة لفترات طويلة يومياً، حيث وصل عدد المقامرين الذين يمارسون المقامرة يومياً من (٩ : ١٠) ساعات إلى (٩) مقامرين، ومن (٥ : ٦) ساعات (٣) من المقامرين، ومن (٧ : ٨) ساعات، (٣) من المقامرين، ومن (١ : ٢) و (٣ : ٤) ساعات يومياً (٢) من المقامرين، أما من (١١ : ١٢) ساعة يوميا كان هناك مقامر واحد فقط.

جدول (٥) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية للمقامرين
من حيث (متوسط المبالغ المقامر بها يومياً)

ف	ك
٢٠ – ٢٥	١
٣٠ – ٣٥	١
٤٠ – ٤٥	١
٥٠ – ٥٥	٢
٦٠ – ٦٥	٢
٧٠ – ٧٥	٤
٨٠ – ٨٥	٨
٩٠ – ٩٥	١
المجموع	٢٠

يتضح من الجدول السابق أن غالبية المقامرين من العينة الاستطلاعية يقامرون بمبالغ كبيرة يومياً حيث كان هناك (٨) من المقامرين يراهنون يومياً بمبالغ تتراوح من (٨٠ : ٨٥) جنيه ومن (٧٠ : ٧٥) جنيه (٤) من المقامرين، ومن (٥٠ : ٥٥) و (٦٠ : ٦٥) جنيه (٢) من المقامرين ومقامر واحد (١) لكلاً من (٢٠ : ٢٥) و (٣٠ : ٣٥) و (٤٠ : ٤٥) و (٩٠ : ٩٥) جنيه.

وقد تم إختيار العينة الإستطلاعية للمقامرين ، إختياراً عشوائياً مع مراعاة أن تتوفر فيهم عدة عوامل أهمها: أن يكونوا من الذكور خريجى الجامعة، ممن تتراوح أعمارهم ما بين (١٨ : ٤٠) سنة، والذين يقضون أوقات كثيرة فى ممارسة المقامرة، سواء على المدار اليومى أو على المدار العمرى، والذين يراهنون بالكثير من الأموال.

وقد إختار الباحث هذه العوامل الديموغرافية لأنها العوامل الأكثر أهمية فى الظاهرة، كما أنها عوامل فارقة، تحدد مستويات المقامرة ودرجاتها ، فيلعب «السن» دوراً كبيراً فى تحديد المقامرة المرضية، إذ تشير كثير من الدراسات إلى أن المقامرة – وخاصة المرضية – تنتشر فى المرحلة العمرية من (٢٥ : ٣٠) سنة، وهذا ما إتضح من خلال المستويات العمرية فى الدراسة الاستطلاعية، وكذلك يؤثر المستوى التعليمى على المقامرة، حيث تنتشر المقامرة المرضية بين خريجى الجامعة، وإذ تشير المبالغ الكثيرة المستخدمة فى المقامرة، بالاضافة إلى طول مدة المقامرة على المدار اليومى، أو العمرى – فإنها تشير إلى المقامرة المرضية، وهذا ما إتضح من خلال الخصائص الديموغرافية للعينة الاستطلاعية، حيث كان المقامرون يقضون كثير من الأوقات فى المقامرة، وصلت يومياً إلى (٩) ساعات، كما كان أغلب المقامرين يمارسون المقامرة لمدة تتراوح ما بين (٩ : ١٠) سنوات، وبلغ حجم المبالغ المراهن عليها إلى (٨٠ : ٨٥) جنيه يومياً، وذلك لدى غالبية افراد العينة، إلا أن كل هذه المتغيرات الديموغرافية يؤدى إختلافها الى التمثيل للعينة اكثر مما يؤدى لاخطاء العينة، حيث أن خطأ العينة الناتج عنها بسيط جداً ولا يؤثر فى النتائج وهو ما أشارت له الدراسات السابقة، وذلك باستثناء السن والمستوى الاجتماعى والاقتصادى وحجم الاسرة .

الأداة المستخدمة فى الدراسة الاستطلاعية :

إستخدام الباحث أسلوب المقابلة المفتوحة غير المقننة، لما تتصف به من مميزات تسهل العمل مع المفحوصين موضوع الدراسة، حيث المرونة التامة، وإضافة أسئلة جديدة، وترتيب الموضوعات محل السؤال تبعاً لطبيعة كل مفحوص ، وتبعاً لسياق الحديث معه، مما يساعد علي تشجيع المقامرين على الصدق فى الاستجابة، وإمكانية التطبيق على حالات فردية معهم وفى ظروف مختلفة.

كما أن فى هذا النوع من المقابلة يستطيع الباحث أن يشرح الاسئلة الغامضة، بجانب إعادة صياغة بعض الاسئلة التى تصعب علي المفحوصين، كما أن المقابلة باعتبارها حوار قائم بين فاحص ومفحوصين، قد تمكن الباحث من إستخلاص بعض الأفكار التى يخفيها المفحوصين حيث ضرورة الإمساك بالقاع اللاشعورى، من أجل الفطنة إلى حتمية الذاتية، إقتراباً من الموضوعية، إن كانت كذلك. ***(حسين سعد الدين، ١٩٩٨ ، ١٤).***

وكانت المقابلة المفتوحة مع عينة الدراسة الاستطلاعية من المقامرين عبارة عن مجموعة من الاسئلة ذات الطابع الحوارى، وقد أشار العديد من الباحثين فى دراسات المقامرة المرضية إلى أهمية هذه الاسئلة، خاصة فى الدراسة الاستطلاعية. وتشير هذه الاسئلة إلى سلوك المقامرة المرضية، بجانب سلوك المخاطرة لدى المقامرين، هذا بالاضافة إلى إحتواء الاسئلة على العديد من الديناميات النفسية للمقامر المرضى مثل : الاكتئاب، والجوانب الاقتصادية وأثرها على المقامرة، والشعور بالفوز والخسارة، والاضطرابات الأسرية، والسلوكيات المضادة للمجتمع، والمازوخية، والبحث عن الاثارة، والتوتر والقلق، والاحساس بالذنب، وإنفاق كثير من الأموال فى المقامرة، وهل المقامرة لدى المقامرين نوع من الهرب؟ وتشير هذه الاسئلة إلى ما يلى :

١ – هل تفقد كثير من الوقت بسبب المقامرة؟
٢ – هل أدت المقامرة لشعورك بعدم السعادة الأسرية؟
٣ – هل تقامر من أجل الحصول على المال لحل مشاكلك الاقتصادية؟
٤ – هل تعود للعب ثانية بعد الخسارة مباشرة؟
٥ – هل يكون لديك دافع كبير للمقامرة بعد الفوز؟
٦ – هل تقامر حتى آخر نقود معك؟
٧ – هل تقترض الأموال لتقامر بها؟
٨ – هل أدت المقامرة لأن تهمل نفسك وأسرتك؟
٩ – هل قمت بارتكاب أعمال غير شرعية من أجل أن تقامر؟
١٠– هل ترى أن تدميرك لذاتك نتج عن المقامرة .
١١– هل تقامر من أجل تحقيق الاثارة؟
١٢– هل أنت مشغول دائماً بالمقامرة؟

١٣- هل تشعر بالقلق والتوتر لحظة التوقف عن المقامرة

١٤- هل تقامر لشعورك بالذنب؟

١٥- هل تقامر للهروب من الأحساس باليأس؟

١٦- هل فقدت علاقات هامة بالنسبة لك بسبب المقامرة؟

(ACCG, 2000) (young, K, 1998)

وأشارت هذه المحاور من الاسئلة إلى أن المقامرة ظاهرة أقل ما يمكن أن توصف به أنها «مرض قاتل، وعدو مدمر» ولكنها أكثر من ذلك بكثير، فإذا كان عدوك يقتلك مرة واحدة فقط، فإن المقامرة تقتلك ألف مرة!

فالمقامرة قهر وإذلال وعود على بدء فى الخسارة والخسارة، حتى آخر ما لدى المقامر من وقت ومال، فتضطرب الحياة بأكملها، اقتصاديا، وأسريا، ونفسيا. فيشعر المقامر بالتوتر والقلق، والإحساس المفرط بالذنب، واليأس والاكتئاب فيهمل الفرد ذاته ويفقد علاقته بالآخرين ويقوم بأعمال مضادة للمجتمع ومضادة لذاته من قبيل السرقة والاختلاس والاحساس بعدم الإنتماء، وفوق هذا كله قد يخاطر المقامر للهروب من هذه الاحساسات وللقضاء على ما يشعر به من مشكلات فتزداد مشاكله وتضطرب دينامياته النفسية.

وأوضحت المقابلة المفتوحة على العينة الاستطلاعية للمقامرين، أهمية متغيرات الدراسة والخاصة بسلوك المخاطرة والغرائز الجزئية لدى المقامرين، وظهور ذلك واضحاً من خلال الاسئلة المطروحة على المقامرين واستجابتهم مما جعل الباحث يقوم باجراء تجربة استطلاعية من خلال تطبيق مقاييس الدراسة والخاصة بسلوك المخاطرة والمقامرة المرضية، والغرائز الجزئية، وذلك للتأكد من سلامة هذه الاختبارات من حيث الثبات والصدق ومدي ملاءمتها على المقامرين.

وأوضحت إستجابات المقامرين على هذه الاختبارات، قدرة الاختبارات على قياس متغيرات الدراسة موضوع البحث وملاءمتها للعينة موضوع الدراسة، وقدرتها على التمييز بين المقامرين وغير المقامرين، مما حدا بالباحث للإطمئنان لمتغيرات الدراسة، وفرض الفروض التجريبية والكلينيكية لإجراء الدراسة الاساسية للبحث.

فروض الدراسة:

بعد الاطلاع على الإطار النظرى والدراسات السابقة يفترض الباحث الفروض التالية:

أولاً : فروض الدراسة التجريبية :

١ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة فى إتجاه ارتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين.

٢ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية فى إتجاه إرتفاع الدفعات الغرزية الجزئية لدي المقامرين. وينقسم هذا الفرض لأربع فروض فرعية تتمثل فيما يلى :

أ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعُد النظارية فى إتجاه ارتفاع النظارية لدى المقامرين.

ب – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعُد الاستعراضية فى إتجاه ارتفاع الاستعراضية لدى المقامرين.

حـ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعُد السادية، فى إتجاه ارتفاع السادية لدى المقامرين.

د – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد السادية فى إتجاة ارتفاع السادية لدى المقامرين.

هـ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد المازوخية، فى إتجاه إرتفاع المازوخية لدى المقامرين.

٣– توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى، بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لسلوك المخاطرة، فى اتجاه انخفاض سلوك المخاطرة للجماعة العلاجية.

٤ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة للدفعات الغرزية الجزئية، فى إتجاه إنخفاض الدفعات الغرزية الجزئية للجماعة العلاجية.

وينقسم الفرض الرابع إلى أربع فروض فرعية:

أ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبُعد النظارية، فى إتجاه إنخفاض النظارية للجماعة العلاجية.

ب - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبُعد الإستعراضية، فى إتجاه إنخفاض الإستعراضية للجماعة العلاجية.

جـ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبُعد السادية فى إتجاه إنخفاض السادية للجماعة العلاجية.

د - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبُعد المازوخية فى اتجاه انخفاض المازوخية للجماعة العلاجية.

منهج الدراسة :

يري الباحث أن المنهج السليم هو الذي يثير في ذهن الباحث ثلاثة أسئلة: لماذا يبحث : وما معني أن يبحث؟ وهل تستحق دراسته أن يبحث؟ ولا يتحقق ذلك إلا من خلال منهج علمي سليم يقاوم دعوى (العبث الفكري) وسم المعرفة الخيالية وينظر للموضوعية بأنها الفطنة إلي حتمية الذاتية، أما وإن كان الباحث من مستخدمي المناهج الخاطئة القاصرة، فهذا ليس معناه (الفشل) وإنما الطريق إلي كثير من الفشل! فيبدو كل مايفرضه خطئاً وكل مايستنتجه وهماً، فتصبح الموضوعية حلم، والفشل حقيقة، وحتمية الذاتية المطلقة واقعاً، فان كان ولابد أن تأتي الأخطاء في الابحاث العلمية، فويل لمن يأتى الخطأ من جانب منهجه! فالمنهج الفاشل هو الذي يجعل للبحث من أسباب التنوع والإختلاف والتعقيد، مايحيله لإجابة غير حاسمة للمشكلة، بل نسيج من المتناقضات، فيبدو البحث مأساه وصراع أفكار لا تعرف الإنتصار أو حتى أمل الانتصار.. إنها مجرد تناقض لم يعني شيئاً، وسعى دائب بلا هدف، وسُعار عشوائى بلا غاية. لذا لابد من إعمال العقل باتخاذ المنهج العلمى السليم في محاولة للكشف عن الحقائق – حتي وان كانت شاقة – من أجل الكشف عن الخيوط الأساسية التي تدخل في تركيب المشكلة ودحض دعوى العبث الفكرى.. صحيح أن كثير من المناهج العلمية مليئة بالتناقضات، والخيال، والذاتية، وباطل الأباطيل، لكن جدارة البحث العلمى هى التى تدفع الباحث لأن ينتقى منهجاً سليماً ، بحيث يجرى ويختبر ويعانى ويسقط على الأرض ويكرر التجربة بعد الأخرى، ثم لا يلبث أن ينهض لينفض عن نفسه غُبار المعرفة الوهمية واثقاً من أنه لن يزل بعد اليوم.

لقد حاول علماء النفس الوصول إلى علم نفس عام بقوانين عامة، كعلم الطبيعة العام كما يتضح عند مدرسة (فونت)، ولكن فشلت المحاولة لعدم تجانس البشر، فإختلافهم أكثر من تشابههم، ولكن إنتهى الأمر بمنهجين: (تجريبى)، يستهدف الفروق الفردية، أى تحديد مكان الفحوص بالنسبة للآخرين، و(كلينيكى) يستهدف فهم المفحوص ***(صلاح مخيمر، ١٩٨١، ٢٠)***. والمنهج التجريبى والكلينيكى يؤلفان حالتين متتابعتين فى التطور المنهجى لعلم النفس، فمن الناحية التطبيقية، يتيح الإتجاه الكلينيكى بصورة مفيدة تناول مشكلات يقف أمامها المنهج التجريبى عاجزاً، كما أن البعد الدينامى الذى يستخدمه المنهج الكلينيكى، قد أدى في بعض

الحالات إلى أعمال تجريبية (***موريس روكلن، ١٩٨٣، ١٣٠***). بجانب ذلك يتيح المنهج التجريبى، تحديد ما إذا كان المتغير المستقل يؤثر فى المتغير التابع عن طريق المقارنة بين أداء المفحوصين فى معالجتين أو أكثر. (***فؤاد أبو حطب، آمال صادق، ١٩٩١، ٣٣٠***).

وإن كانت السوية النفسية (كالمعافاة البدنية المطلقة) مجرد خرافة، ومثل أعلى نقترب منه بدرجة أو أخرى، فان المنهج الكلينيكى فى دراسته العميقة للحالة الفردية لا يقتصر على المرضى دون الأسوياء، بلى ينسحب على جميع الحالات بغير إستثناء، فما نسميه بالسوية النفسية ليس إلا درجة هيئة من العصابية، ويتضح هذا من أن المنهج الكلينيكى يتبنى زاوية الرؤية لعلم النفس المرضى (السيكوباثولوجيا) وهى الذاتية السيكودينامية التى عادة ما نتكلم عنها على أنها مفهوم الدينامية. ومفهوم الدينامية يقوم كما نعلم على الصراع. فالحياة ليست غير سلسة من الصراعات ومحاولات فضها، ويصدق هذا على الحرب، كما يصدق على الحب. ولكن إذا كان صميم الحياة ليس غير سلسة من الصراعات، فان حلول هذه الصراعات يمكن أن تكون (بالنسبة إلى الراشد مثلاً) على مستوى الرشد، فتكون حلولاً إنشائية بنائية لا تقتصر على خفض التوترات بشكل مكتمل وإنما تحقق أيضاً إمكانيات الفرد وقيمة ذاته. كما يمكن أن تكون هذه الحلول للصراعات على مستوى نكوصى، بحيث لا يواجهها الراشد على مستوى الراشد، بل مستوى طفلى يتيح خفض التوترات، ولكن بشكل جزئى وعلى حساب تفكيك الشخصية والنيل من قيمة الذات، هذه الحلول الأخيرة هى الأمراض النفسية (الأعصبة أو أعصبة الطرح) والأمراض العقلية (الأذهنة أو الأعصبة النرجسية) أو غير ذلك من إضطرابات الشخصية وإختلالات السلوك (من قبيل الانحرافات الجنسية والادمانات والمسالك الاندفاعية أو الإجرامية) والمنهج الكلينيكى فى هذا كله يقوم بالدراسة العميقة للحالة الفردية وينتهى من ذلك إلى تشخيص حالى وتشخيص للتطور المقبل، وتحديد للطرائق التى يكون بها العلاج. ويخطئ البعض فيتوهم أن المنهج الكلينيكى هو التحليل الكيفى للإجابات على المقاييس المقننة، بينما يتوهم البعض الآخر أنه يستخدم المنهج الكلينيكى عندما تكون المجموعة التجريبية فى المنهج التجريبى الذى يستخدمه من المرضى أو المعوقين. وكل هذا يدخل فى باب الأوهام، فالمنهج الكلينيكى هو الدراسة العميقة للحالة الفردية عن طريق المقابلات الشخصية الطليقة التى تستعين بالاختبارات الاسقاطية وفنيات التحليل النفسي (***سامية القطان، ١٩٨٠، ١٧***)

ويرى الباحث أنه على الرغم من كثرة وتعدد وتنوع الاختبارات السيكومترية التى تدعى التقنين والضبط من حيث الثبات والصدق - على الرغم من ذلك فإنها لا تستطيع أن تفهم الانسان بما هو انسان، ولا تستطيع أن تحيط بكل جوانب التعقيد فيه، فقد ترصد الظواهر دون أن تفسرها، وقد تحصى الفروق الفردية فى البناء الفوقى، لكنها لا تفعل ذلك على مستوى البناء التحتى، فهى تحصى، لكن دون فهم، وترصد دون تفسير، وتناقش دون تحليل[1]

من هذا المنطلق، نحن فى حاجة إلى منهج كلينيكى، بجانب المنهج التجريبى، حيث التحليل والتفسير والفهم من خلال المقابلات الكلينيكية والاختبارات ذات المحتوى الكيفى التى أصبحت على وعى تام بمشكلات الثبات والصدق.

(Alpert , R. & Mary, H. 1960, p.2)

لذلك إستخدام الباحث بعض المقاييس السيكومترية، وأخرى كلينيكية، فيما يسميه «لاجاش» «النزعة الكلينيكية المسلحة» ويقول فى هذا الصدد:

«إنه ليستوي أن نقول أن ممارس سيكولوجي ينبغى أن يكون كلينيكياً، أو أن يكون باحثاً وليس مجرد إنسان ميكانيكى» ***(دانييل لاجاش ١٩٨٩، ٣١)***.

من هنا يحرص الباحث على إستخدام منهج الكلينيكية المسلحة، متبعاً قواعد المنهج فى التناول العلمى للوقائع، هذه القواعد التى إستقاها «ليفين» من تطبيقات «جالليو» للمنهج العلمى الحق، حيث أن هناك طريقتين للتقليد، طريق التقليد السطحى الفقير التي هى نقل حرفى بالضبط، شبيهة بالقوانين والعلاقات الرقمية فى الفيزياء، وهناك طريق التقليد الخصب العميق والتى فيها ضرورة لإعادة بناء الوقائع للوصول إلى التفكير العلمى الحق، وبناء على ذلك يفرق «جالليو» بين طريقتين فى الإستقراء، فمن ناحية نستطيع أن نصل إلى قضية عامة، إبتداء من الوقائع عن طريق التجريد، وهذا هو المنهج الأرسطوطالى. ومن ناحية أخرى نستطيع أن نبحث ضمن حالة، أى داخل حالة، عن تقابل الوقائع، وهذا هو المنهج الجاليلى، لذا يرى «ليفين» أن معيار علم النفس ينحصر حقاً فى تخلية عن المفارقة مابين «عمومية الماهية المعقولة» و«خصوصية الواقعة» وأن نفكر بلغة السياقات Contexts «تشكيلات النوع الواحد» لا بلغة

الفئات Classes *(حسام الدين غريب، ١٩٨١، ٣٩)*. ومن خلال ذلك يمكن لنا دراسة تاريخ حياة الفرد بكل مشتملاتها ومتغيراتها، بقدر مايتيح لنا الفرصة لفهم أساليب التفاعل التى يمارسها الفرد فى كل مجالات التفاعل مع الواقع الذى يحيا فيه بغرض الوصول إلى فهم حركة الفرد مع نفسه ومع الواقع ومع أعراضه المرضية، ومن ثم كانت ضرورة الإلتجاء إلى الطريقة الكلينيكية، وذلك بغرض الوصول إلى التشخيص الدينامى لدفاعات ومسببات الحالة وذلك بالأساليب القياسية المقننة التى يتبنى تصميمها المنهج التجريبى، وذلك بهدف الوصول إلى فهم كامل لتاريخ الفرد وملاحظة سلوكة بغرض تعرف المعالج على دلالات تؤدى به إلى قاعدة للتحرك والعمل مع الفرد، فهماً وتنبؤاً وعلاجاً، لكى يعيد الفرد بفضل أسلوب العلاج الملائم المقترح إلى التوافق من جديد مع الواقع فى إطار متقبل منه ومقبول من هذا الواقع.

(حسين عبد القادر وآخرون، ١٩٩٣، ٧٧٢).

وما من شك من أن هذه الطريقة من أدق الطرق فى دراسة الفرد، ولا يطبقها إلا فئة من الاخصائيين دربوا تدريباً خاصاً على إجراء الاختبارات السيكولوجية التشخيصية وعلى تأويل نتائجها فى ضوء دراسة تاريخ الحالة، وفى ضوء علمهم بالفروق الفردية بين الأفراد عموماً، وبالانحرافات النفسية المختلفة *(عبد المنعم المليجى، ١٩٥٧، ٥٨)*

ويرى الباحث أن إستخدام المنهج التجريبى والكلينيكى معاً، هو بهدف تحقيق مبدأ إلتقاء الوقائع، وألا نقع فيما يسميه «إبن سينا» «الدّور» وهو أن نبرهن على منهجنا بمنهجنا *(إبن سينا، ١٩٦٦)*، ويشير الباحث أيضاً إلى أن إستخدام المنهجين التجريبي والكلينيكى لا يعنى الإنحياز لمنهج دون الآخر، بقدر ماهو محاولة للتوفيق بين وجهتى النظر السيكومترية والكلينيكية والكشف عن أعماق وحقيقة ذلك الانسان، آخذين فى الإعتبار مفاهيم الدينامية والوحدة الكلية الحالية، والوحدة الكلية التاريخية.

خطوات إجراء الدراسة :

أولاً : إجراءات الدراسة التجريبية:

١ - قام الباحث بالتعرف على الأماكن التى يمارس فيها الأفراد سلوك المقامرة، وتشمل بعض النوادى والمقاهى، وقام الباحث بعمل مقابلات مفتوحة غير مقننة مع بعض المقامرين، وذلك للتعرف على أهم المتغيرات التى تؤثر فى الظاهرة موضوع البحث، وقد كانت هناك صعوبة بالغة فى إقامة علاقة حميمة Rapport مع عنية الدراسة، وذلك لطبيعة الظاهرة (المقامرة) والأفراء حاملين الظاهرة (المقامرين)، وهو ما إستغرق معه وقتاً طويلاً.

٢ - قام الباحث بالتعرف على طبيعة الألعاب التى تمارس من خلالها المقامرة، وهو مايتضح فى الجدول التالى :

جدول (٦)

وضح توزيع عينة البحث من المقامرين بالنوادى والمقاهى من حيث نوعية ألعاب المقامرة

الألعــــاب	العــــدد	المجموع الكلى	النسبة المئوية
ألعاب الزهر * (الحلال والحرام)	٢٢	٣٠	٧٣,٣٪
ألعاب الكارت	٣	٣٠	١٠٪
ألعاب البلياردو	٥	٣٠	١٦,٧٪

وهذه الألعاب يتم المراهنة عليها مالياً وبمبالغ متفاوتة.

* الحلال والحرام . هى أشهر ألعاب المقامرة بالنسبة لعينة البحث، وهى من ألعاب الزهر والتى تعتمد على أن هناك أرقام لزهر النرد (حلال)، وأخرى (حرام) أما الأرقام الحلال فهى (٣) و (٣) وتعرف (بالدوسة)، (٦) و (٦) وتعرف (بالدُش) ، و (٥) و (٥) وتعرف (بالدبش)، أما بقية الأرقام حرام وهى الأرقام الخاسرة.

٣ - وبعد حصر نوعية الألعاب المقامر عليها، قام الباحث بالتعرف على العادات السائدة لممارسة هذه الألعاب، ونوعية الأنشطة المصاحبة لها، وكيف يتم تأدية هذه الألعاب خاصة أن ممارسة هذه الألعاب تختلف تماماً عما يمارسه الأشخاص العاديين للتسلية والترفيه، فعلى سبيل المثال لم تشمل ألعاب الذهر لديهم (لعبة الطاولة) وإنما يكفى فقط القاء الذهر والحصول على رقمين متشابهين يتفق عليهما قبل إلقاء الذهر، وذلك للمكسب، وهو ما يطلقون عليه (البفه)، يضاف إلى ذلك لعبة (الحلال والحرام)، وألعاب الكرت يستخدمون فيها ما يعرف بلعبة (الثلاث ورقات)، والعاب البلياردو التى يدور الرهان فيها على كيفية إدخال ثلاثة كرات بضربة واحدة، ويقوم الطرف الاخر بوضع الكرات للخصم كما يشاء.. وتعرف الباحث بعد ذلك على كيفية عمل هذه المراهنات حيث إتضح أن مالك النادي أو المقهى تخصص له نسبة من هذه المراهنات.

٤ - قام الباحث بعد ذلك باختيار العينة على أساس مجموعتين إحداهما مجوعة تجريبية (٣٠) مقامر، والاخرى مجموعة ضابطة قوامها (٣٠) فرد من غير المقامرين وكان الباحث قد إستخلص هذه العينة بعد أن طبق على عينة من المقامرين وغير المقامرين (١٠٠ فرد) مقياس المقامرة المرضية وذلك لاستخلاص المقامرين المرضيين. وقد إختار الباحث العينة وفقاً لمن تنطبق عليهم الشروط والضوابط موضوع القياس، وكان إختيار العينة عشوائيا حيث تنوع افراد العينة ما بين متعلمين وغير متعلمين، طلاب، ومتزوجين، وغير متزوجين، من ذوى أسر ذات حجم كبير وأسر ذات حجم صغير، فى مستويات اقتصادية واجتماعية مرتفعة ومنخفضة، مما يشير لتمثيل العينة للمجتمع الأصلى.

٥ - قام الباحث بتطبيق مقياس الغرائز الجزئية، ومقياس سلوك المخاطرة، وكان التطبيق فردياً، وبعد تصحيح المقاييس، قام الباحث باستخلاص النتائج وعمل التحليل الاحصائى المناسب لها، ثم قام الباحث بمناقشة هذه النتائج وفق ما جاء فى الاطار النظرى والدراسات السابقة، وذلك للتأكد من صحة فروض الدراسة.

٦ - تلى ذلك أن قام الباحث بتحديد درجات العينة التجريبية من المقامرين المرضي الذين حصلوا على درجات مرتفعة فى مقياس الغرائز الجزئية وسلوك المخاطرة يصل الارتفاع فيها للدلالة المرضية (٧٠ درجة تائية فأكثر). وقام الباحث باستخلاص (٥) من المقامرين من اللذين حصلوا على أعلى الدرجات المرضية فى مقياس الغرائز الجزئية، ومقياس سلوك المخاطرة، وذلك لتطبيق برنامج علاجى جماعى عليهم وعمل الدراسة الكلينيكية.

ثانياً : إجراءات الدراسة الكلينيكية :

بلغ حجم العينة للدراسة الكلينيكية (٥) مفحوصين من المقامرين الذين حصلوا على أعلى الدرجات المرضية التائية (٧٠ فأكثر) وقام الباحث بعمل المقابلة الكلينيكية مع كل مفحوص، مستخدما المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية والتى تشمل المفردات التالية :

الشكوى الحالية، والأسرة واتجاه المفحوض منها، والطفولة وسنوات التعليم، والعمل والحوادث والأمراض، والحقل الجنسى، والعادات والتقاليد، والمعتقدات ، والأحلام وكان ذلك بهدف وضع الخطة العلاجية المناسبة للمفحوصين بما يضمن علاجهم من المشكلات التى يتعرضون لها.

قام الباحث بالاعداد للجلسات العلاجية، معتمداً فى ذلك على ما جاء فى الأطر النظرية والدراسات السابقة، وذلك من خلال حجم الجماعة، وعدد الجلسات، ومكان الجلسة، وزمن الجلسة، فقد اشتملت المجموعة العلاجية على (٥) من المقامرين الذكور الذين كانت درجاتهم مرضية على مقياس الغرائز الجزئية، وسلوك المخاطرة، وفيما يتصل بعدد الجلسات بلغ الاجمالى للجلسات (٢٠) جلسة، بمعدل جلستين اسبوعيا ولمدة (شهران ونصف الشهر) وأجريت هذه الجلسات فى مسكن أحد المقامرين، واستغرق زمن الجلسة الواحدة ما بين ساعة أو ساعة ونصف وذلك حتى لا يشعر المفحوصين بالملل، وذلك على الرغم من شدة قابلية المفحوصين للعلاج وهو ما ساعد الباحث على إجراء الجلسات العلاجية، إذ يرى الباحث أن أهم خطوة فى العلاج هى الرغبة فى العلاج. وقد راعى الباحث ضرورة أن تكون الجلسة منضبطة خاصة وأن المفحوصين كانوا فى البداية ينظرون لها على أنها نوع من التسلية، فبرغم حاجتهم ورغبتهم فى العلاج إلا أنهم كانوا كثيرى الهرج فى البداية، ولكن الباحث لم يحقق الانضباط للجلسة عن طريق بعض القيود والضوابط، وانما بإثارة المشكلات الحساسة المشتركة بين المقامرين وطرح أسئلة تشد إنتباههم، فطبيعة المقامرين لا تتطلب الشده والحزم، ولكن تتطلب القدرة على جذب الانتباه.

عينة الدراسة :

أولاً : عينة الدراسة التجريبية :

قام الباحث باختيار العينة اختياراً عشوائياً، مما أتاح فرصاً متساوية لجميع وحدات الأصل الكلى من المقامرين ان يكون متضمناً فى العينة، وكان الاختيار عشوائياً حتى يضمن حياد الباحث وموضوعيته، ولا تكون هناك أخطاء إلا فى حدود الصدفة أو ما يعرف (بخطأ العينة) وهو خطأ غير مؤثر على نتائج البحث، وبذلك تتوافر فى خصائص العينة التجريبية الاختيار العلمى الدقيق من حيث (إفتراض التمثيل) ومن حيث (إفتراض المصادفة) حيث تنوعت العوامل الديموغرافية التى تتضمن تمثيل العينة، وذلك من حيث اختلاف المستويات التعليمية من الأمية إلى المرحلة الجامعية، وكذلك تنوع حجم الاسرة بالنسبة لأفراد العينة ما بين الانخفاض والتوسط والارتفاع، والحالة الاجتماعية ما بين متزوج وغير متزوج، وطول مدة المقامرة وانخفاضها وتوسطها وذلك فى اليوم الواحد وعلى مدار السنين. وكذلك المبالغ المقامر بها تراوحت ما بين الزيادة والانخفاض وبذلك تحقق (إفتراض التمثيل) حيث أصبحت جميع خصائص (الكل) متوفرة فى (الجزء) فكانت هناك فرصاً متساوية للوحدات التى تكونت منها العينة، مما أتاح للعينة إفتراض العشوائية والمصادفة.

وتكونت عينة الدراسة من (٣٠) مفحوص من المقامرين المرضيين Pathological gamblers (عينة تجريبية)، و (٣٠) مفحوص من غير المقامرين، (عينة ضابطة) تراوحت أعمارهم ما بين (١٨ : ٤٠) سنة. وقد تم السحب بالعينة، من عينة كلية قوامها (١٠٠) مفحوص، حيث تم إستخراج عينة المقامرين المرضيين من خلال تطبيق مقياس المقامرة المرضية الذى كشف عن المقامرين المرضى.

وقد تنوعت العوامل الديموغرافية للعينة من النواحى الثقافية والتعليمية، والاجتماعية والاقتصادية وكثرة ممارسة المقامرة، ومن حيث حجم الاسرة، والحالة الاجتماعية، إلا أن كان على الباحث أن يضبط بعض العوامل الديموغرافية ويتأكد من تجانسها فى العينة، نظراً لتأثيرها دون غيرها على نتائج الدراسة، وهذه العوامل:

١ – العمر.   ٢ – المستوى الاجتماعى الاقتصادى.

٣ – حجم الاسرة.

والجدول التالى يوضح نسبة (ف) لحساب التجانس بين المجموعات، حسب مستوى العمر.

جدول(٧)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه لدى مجموعات الدراسة حسب مستوى العمر

مصدر التباين	مجموعات المربعات	درجات الحرية	التبايـــــن	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	١٨ر٢	١	١٨ر٢	٨٧ر٢	غير دالة
داخل المجموعات	٠٨ر٣٦٣	٥٨	٢٦٠ر٦		

ويتضح من الجدول السابق أن ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات من حيث المستوى العمرى، أى أن هناك تجانس، لأن النسبة المحسوبة لا تختلف فى جوهرها عن الصفر وترجع إلى الصدفة.

أما بالنسبة للتجانس بين العينات من حيث المستوى الاجتماعى الاقتصادى، قام الباحث بحساب نسبة (ف) لحساب التجانس كما فى الجدول التالى :

جدول (٨)

يوضح نتائج تحليل التباين آحادى الاتجاه لدى مجموعات الدراسة حسب المستوى الاجتماعى الاقتصادى

مصدر التباين	مجموعات المربعات	درجات الحرية	التبايـــن	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٤ر٥	١	٤ر٥	٨٣ر١	٠
داخل المجموعات	٥ر٢٥٦	٥٨	٩ر٩		غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات، وأن هناك تجانس من حيث المستوى الاجتماعى الاقتصادى، لأن النسبة المحسوبة لا تختلف فى جوهرها عن الصفر.

أما من حيث حجم الأسرة فقد إهتم الباحث بضرورة أن تكون متجانسة، لذا قام الباحث قيمة (ف) لحساب التجانس بين العينات حسب حجم الاسرة كما يتضح فى الجدول التالى:

جدول(٩)

يوضح نتائج تحليل التباين أحادى الاتجاه لدى مجموعات الدراسة حسب حجم الأسرة

مصدر النباين	مجموعات المربعات	درجات الحرية	التبايـــن	النسبة الفائية	مستوى الدلالة
بين المجموعات	٦ر	١	٦	٦٥ر٢	غير دالة
داخل المجموعات	٤٧ر٩٢	٥٨	٥٩ر١		

ويتضح من الجدول السابق أن ليس هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات من حيث حجم، الأسرة وأن هناك تجانس لأن النسبة المحسوبة لا تختلف فى جوهرها عن الصفر.

وقد قام الباحث بحساب التجانس لكل من (العمر، المستوى الاجتماعى والاقتصادى، وحجم الاسرة) وذلك لأن غالبية الباحثين فى المقامرة بصفة عامة، والمقامرة المرضية بصفة خاصة، أشاروا لأهمية هذه العوامل، ودورها فى التأثير على المقامرة المرضية. وقد جاء التركيز على هذه المتغيرات فى كثير من الأطر النظرية والدراسات السابقة.

ثانياً : عينة الدراسة الكلينيكية :

يشير «موريس روكلن» إلى أن كثير من المعالجات الاحصائية تكون نتائجها محدودة ولا تنطبق إلا على بعض الخصائص المعينة (موريس روكلن ١٩٨٣، ٨٢) لذا تم إستخدام المنهج الكلينيكى، بجانب المنهج التجريبى، فقام الباحث باختيار عينة كلينيكية من (٥) مفحوصين من المقامرين المرضيين Pathological gamblers ممن كانت درجاتهم أكثر تدهوراً بالنسبة لمقاييس : المقامرة المرضية، النزعات الغرزية الجزئية، سلوك المخاطرة Risk-taking.

الأدوات :

يرى الباحث أنه إذا كانت هناك أشياء أكثر أهمية فى المنهج العلمى من أدوات القياس للظاهرة موضوع البحث، إلا أن هذه الأدوات ضرورية لمعرفة هذه الأشياء، وعلى قدر دقة أدوات البحث، على قدر دقة نتائجه .

ويشير (شافر) وآخرون إلى أن الاهتمام بقياس سلوك المقامرة، زاد مع زيادة الإهتمام بهذه الظاهرة مع بداية التسعينيات من ق (٢٠)، وظهر منذ عام ١٩٩٠ : ١٩٩٩ ما يقرب من (٢٥) مقياس لقياس المقامرة المرضية (١٢) منهم تستخدم مع الراشدين و (١٣) مع المراهقين، وجميعها مقاييس ذات ضبط تجريبى عالى *(Shaffer, H. et. al, 1997)*.

إلا أن باحث مثل (كاشينوف) يرى أن هذه المقاييس ذات صدق وثبات مؤقت ، *(Kassinove, J. 1986, p. 763)*، لذا يرى الباحث ضرورة التأكد من صحة ثبات وصدق تلك المقاييس لضمان الدقة، وتشمل هذه الأدوات على ما يلى :

١ - الباحث

٢ - إستمارة المستوى الاقتصادى - الاجتماعى، إعداد / كمال دسوقى ومحمد بيومى.

٣ - مقياس المقامرة المرضية، / ترجمة وتقنين الباحث .

٤ - مقياس سلوك المخاطرة. إعداد / الباحث

٥ - مقياس الدفعات الغرزية الجزئية. إعداد / حسين سعد الدين

أولاً : الباحث:

يرى الباحث إن شخصية الباحث، تمثل الآداه المهمة فى البحث العلمى، فهى ذات وزن كبير لضمان نجاح الدراسة أو فشلها ، إذ لا بد أن يكون الباحث على قدر من الكفاءة والموضوعية، وأن يكون على قدر من الثقة فى معالجة المشكلات الطارئة فى الدراسة، فيجب على الباحث أن يكون قادراً على تنمية علاقات (مهنية) بالعينة موضوع الدراسة، تتصف بأنها علاقات حميمة، Rapport وأن تكون فى الوقت نفسه واقعية، يشعر من خلالها الباحث بمشاكل المفحوصين ويتعاطف معهم كما يجب أن تتوافر فى الباحث مهارات الاهتمام بالمفحوصين دون نقد، والإصغاء جيدا لهم، وتشجيعهم على الحديث، وأن يدرك المفحوصين فى إطار البيئة والثقافة، التى يعيشون فيها، وأن يضبط المسافة بينه وبينهم بحيث لا يقترب منهم تماماً وألا يبتعد عنهم مطلقاً، وأن يضع الباحث لنفسه معايير يسير وفقها فى دراسته، سواء كانت معايير منهجية أو معايير أخلاقية، وذلك بأن يكون أمين على أسرار المفحوصين ولديه من الحذر العلمى ما يمنعه من الوقوع فى المشكلات المنهجية، وألا تكون لديه القدرة فقط على رصد البيانات بل تفسيرها وتحليلها ايضاً.

ثانياً : إستمارة المستوى الاقتصادى - الاجتماعى / إعداد / كمال الدسوقى ومحمد بيومى

أعد هذا المقياس (كمال دسوقى، ومحمد بيومى خليل (١٩٨٤) بهدف دراسة المستوى الاقتصادى والاجتماعي للفرد فى ضوء إجابته عن اسئلة المقياس، ويمتاز هذا المقياس عن غيره من مقاييس المستوى الاقتصادى الاجتماعى بإعتباره قائم على مستوى الإنفاق لا مستوى الدخل. كما أنه يمتاز بأنه يُخرج سبع مستويات للمستوى الاقتصادى الاجتماعى هى : مرتفع جدا، مرتفع، فوق المتوسط، المتوسط، أقل من المتوسط، منخفض، منخفض جدا، وهذا يتيح فرصة أوسع لايجاد فروق بين المستويات الاقتصادية.

وصف الاستمارة :

تتكون هذه الاستمارة من (١٧) سؤالا، منها (١٥) يتم الاجابة عنها بطريقة الإختيار من المتعدد، وسؤلان يتم الاجابة عنها بالتكملة، وتتكون الاستمارة من خمسة أبعاد تم تعريفها إجرائيا هى :

أ - الوسط الاجتماعى : وهو المجال الذى يعيش فيه الفرد ويتفاعل مع معطياته المختلفة والذى يقيم فيه الفرد إقامة شبه دائمة، وقسم إلى ستة مستويات تتدرج من درجة إلى ست درجات.

ب - المستوى التعليمى للوالدين، وهو المستوى الذى وصل إليه الوالدان فى السلم التعليمى، وينقسم إلى ثمانية مستويات تتدرج من درجة إلى ثمانى درجات.

حـ - المستوى المهنى للوالدين، ويقصد به مكانة المهنة فى المجتمع المصرى وما تدره المهنة من دخل وعائد، وينقسم هذا المستوى إلى قسمين:

١ - مكانة المهنة فى المجتمع، ويشمل ثمانية مستويات تتدرج من درجة إلى ثمانى درجات.

٢ - ما تدرة المهنة من عائد: وتشمل ثمانية مستويات تتدرج من درجة إلى ثمانى درجات.

د - مستوى المعيشة: ويشمل مستوى الحياة المعيشية للأسرة عن طريق ثمانية أبعاد .

هـ - الجو الأسرى : وهو المناخ أو الروح التى تسيطر على العلاقات الأسرية ومنها :

١ - الحالة الاجتماعية للوالدين.

٢ - حجم الاسرة.

٣ - طبيعة العلاقات بين افراد الأسرة.

اجراءات التطبيق والتصحيح :

حيث يحدد الفاحص رقماً خاصاً لكل فرد من أفراد العينة يكتب على كراسة الاسئلة وعلى المفحوص أن يجيب بصدق دون إحراج، ويصحح المقياس وفقاً لمفتاح التصحيح الخاص بكل بُعد من أبعاده، ويتم تجميع درجات كل فرد للحصول على الدرجة الخام المعبرة عن المستوى الاقتصادى الاجتماعى.

ثبات وصدق الإستمارة :

قام مصمما الإستمارة بحساب الثبات بطريقة إعادة تطبيقه وكان معامل ثباته ٩١ر٠ أما معامل الصدق فكان ٩٥ر٠، وقد إستخدمت الإستمارة فى دراسات علمية عديدة مما يضيف قوة ودلائل جديدة على ثباتها وصدقها.

مقياس المقامرة المرضية

Pathological gambling scale (PGS)

ترجمة وتقنين الباحث:

أعد هذا المقياس مؤسسة (المقامر المجهول) Gambler Anonymous تحت عنوان مقياس المقامرة المرضية (PGS) وتم نشره بعد ذلك فى مؤسسة (المقامر المجهول) تحت عنوان، «عشرين سؤالاً للمقامر المجهول».

.The twenty questions of gambler anonymous

ويهدف هذا المقياس إلى تحديد المقامر المرضى Pathological gambler، وذلك فى ضوء إجابته على أسئلة المقياس العشرين، ويمتاز هذا المقياس عن غيره من المقاييس فيما يلى:

١ - عدم كثرة العبارات مما لا يدع مجالاً للشعور بالملل، وهو ما يتفق مع طبيعة المقامر، فهو سريع الملل.

٢ - العبارات سهلة وواضحة وتبتعد عن الغموض، كما أنها مباشرة.

٣ - العبارات قصيرة ومحددة فى إتجاه واحد.

٤ - الإجابة على المقياس ليست إختيار من متعدد، وإنما إختيار من بين (نعم / لا)، وهو ما يضمن عدم تشتت المفحوص فى الإجابة عليه.

٥ - عبارات المقياس تقيس المقامرة المرضية طبقاً لما حدده الدليل الاحصائى الثالث DSM III ، كما أنه مقياس يسهل تصحيحه.

ويتكون هذا المقياس من (٢٠) عبارة، جميعها فى الاتجاه السالب، ويتم الاجابة عليها (بنعم / لا) ويشير هذا المقياس إلى أن المقامر الذى يحصل على (٧) درجات أو أكثر من خلال إجابته (بنعم) على أى عبارة من الـ (٢٠) عبارة فإنه يصبح مقامر مرضى.. ويتكون المقياس من أربع أبعاد أساسية.

١ - **بُعد الاستجابة النفسية الاجتماعية : Social Psycholoical response** وهو بعد يتناول الحياة الأسرية، وسمعة المقامر، ورعايته لأسرته، وطبيعة المشاكل والاحباطات التى يتعرض لها المقامر، وسلوكيات المقامر النفسية والاجتماعية.

٢ - **بُعد الاستجابة الاقتصادية Economic response** ويتناول هذا البعد المشاكل المالية للمقامر، والسلوكيات التي تتبُع فى الفوز والخسارة والنظرة للأموال، والإستدانة.

٣ - **بُعد الإستجابة الشخصية Personal response** ويشير هذا البعد إلى طبيعة إستجابة المقامر للمقامرة من خلال العوامل الذاتية، فهل تكون الاستجابة شعور بالندم، أو إنخفاض فى الطموح، أو صعوبات فى النوم أو شعور بتدمير الذات.

٤ - **بُعد شدة الإستجابة : Response intensity** وهو بعد يشير إلى التطرف فى إستجابة المقامر، من حيث أن المقامرة تدفع لارتكاب جرائم، وتضيع كثيرا من الوقت، وأن المقامر يستخدمها للهرب من مشاكله ،حتى أنه يندمج فيها أكثر مما هو متوقع.

ويطبق هذا المقياس بصورة فردية أو جماعية، وتحسب الدرجة عليه بناء على مجموع الدرجة الكلية، وسقف الاختبار (٢٠) درجة، فكل إجابة (بنعم) على كل عبارة تحسب بدرجة واحدة.

وفيما يتصل بثبات وصدق المقياس، يتضح أنه على درجة عالية من الثبات والصدق إذ كان الثبات (٨٨ر٠) أما معامل الصدق (٩٣ر٠).

(Gambler Anonymous, 1984)

وقد قام الباحث بترجمة هذا المقياس إلى اللغة العربية، وقام بعمل تقنين جديد يناسب مع المرحلة العمرية (١٨ : ٤٠) سنة ويتناسب ايضا مع البيئة المصرية، وهو ما يتضح فيما يلى :

أولاً : الدرجة التائية

حيث قام الباحث بحساب الدرجة التائية (الدرجة المعيارية المعدلة)، وذلك على عينة تبلغ (١٠٠) مفحوص، حيث تم حساب الدرجات التائية للدرجات الخام الكلية وذلك وفق قانون الدرجة التائية = $\frac{س - م}{ع}$ × ١٠ + ٥٠ (فوائد البهى السيد، ١٩٧٩، ١٩٢) .

ثانياً : الصدق العاملى :

يعتمد هذا النوع من الصدق على (التحليل العاملى للاختبارات المختلفة ولموازينها التى تنسب إليها، وتقوم فكرة التحليل العاملى على أساس حساب معاملات ارتباط الاختبارات والموازين المختلفة ثم تحلل هذه الارتباطات إلى العوامل التي أدت إلى ظهورها، وبذلك يؤدى هذا التحليل للكشف عن العوامل المشتركة العامة والطائفية التى تتكون منها الاختبارات المختلفة.

ويؤثر العامل العام على جميع الاختبارات بنسب مختلفة تسمى معاملات تشبع الاختبارات بالعامل العام، كما يؤثر العامل الطائفى فى بعض الاختبارات بنسب مختلفة تسمى أيضاً معاملات تشبع الاختبارات بالعامل الطائفى، أى أن العوامل الطائفية تقسم الاختبارات إلى تجمعات وفقا لما تقيسه تلك الاختبارات فتؤلف من الاختبارات العددية قسماً أو طائفة، وتؤلف من الاختبارات اللغوية قسماً آخر أو طائفة، وهكذا تكشف تلك العوامل عن مدى إرتباط كل إختبار من إختبارات أى مجموعة بالعامل أو القدرة التى تمثلها تلك المجموعة

(فؤاد البهى السيد، ١٩٧٩، ٤٠٣).

ويشير (صفوت فرج) بأن طرق التحليل العاملى تختلف وتتميز فيما بينها بقدر إختلاف النظر فى أسلوب تمثيل البيانات، فيمكن تمثيل مجموعة من معاملات الارتباط بين عدد من المتغيرات بوسائل مختلفة، وتؤدى كل وسيلة من هذه الوسائل إلى وضع فروض عاملية جديدة (صفوت فرج، ١٩٨٠، ٢٠٩). ولقد تم حساب الصدق العاملى لمقياس المقامرة عن طريق برنامج (S.P.S.S) لعينة قوامها (١٠٠) من الذكور ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٨–٤٠) سنة، وذلك باستخدام تدوير المحاور بطريقة فارماكس Varimax وذلك كما هو موضح بالجداول التالية :

جدول(١٠)

يوضح مصفوفة الارتباط ودلالتها عند الطرف الواحد

Sig. (1 - tailed) of correlation Matrix

لمقياس المقامرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد / المقياس	الاستجابة النفسية الاجتماعية	الاستجابة الاقتصادية	الاستجابة الشخصية	شدة الاستجابة
الارتباط Correlation	الاستجابة النفسية الاجتماعية				
	الاستجابة الاقتصادية	٠ر٩٢٣			
	الاستجابة الشخصية	٠ر٨٦٧	٠ر٨٧٥		
	شدة الاستجابة	٠ر٨٠٢	٠ر٨١١	٠ر٨٧٩	—
دلالة الطرف الواحد لمعامل الارتباط Sig (1-tailed) of correlation	الاستجابة النفسية الاجتماعية	—			
	الاستجابة الاقتصادية	٠ر٠٠٠	—		
	الاستجابة الشخصية	٠ر٠٠٠	٠ر٠٠٠	—	
	شدة الاستجابة	٠ر٠٠٠	٠ر٠٠٠	٠ر٠٠٠	—

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة بالنسبة للعينة الكلية (ن = ١٠٠) جاءت دالة إحصائياً عند مستوى ٠ر٠١.

جدول(١١)

يوضح مصفوفة إرتباط التداخلات بين الأبعاد

Inverse of correlation Matrix

لمقياس المقامرة للعينة الكلية (ن= ١٠٠)

أبعاد / المقياس	الاستجابة النفسية الاجتماعية	الاستجابة الاقتصادية	الاستجابة الشخصية	شدة الاستجابة
الاستجابة النفسية الاجتماعية	٧ر٥٦٩			
الاستجابة الاقتصادية	٥ر٢٤٩	٨ر٠٤٤		
الاستجابة الشخصية	١ر٦٥٠	١ر٩٩٣	٦ر٩٩٥	
شدة الاستجابة	٠ر٣٦٤	٠ر٥٦٠	٣ر٢١٠	٤ر٥٦٨

جدول(١٢)

يوضح المصفوفات المعكوسة

Anti - Image Matrices

لمقياس المقامرة للعينة الكلية (ن= ١٠٠)

المصفوفـة	أبعـاد المقياس	الاستجابة النفسية الاجتماعية	الاستجابة الاقتصادية	الاستجابة الشخصية	شدة الاستجابة
التباين المعكوس Anti - Image Covariance	الاستجابة النفسية الاجتماعية	١٣٢ر٠			
	الاستجابة الاقتصادية	٠٨٦٢٢ر	١٢٤ر-		
	الاستجابة الشخصية	ر٠٣١١٦	ر٠٢٥٤٣,	١٤٣ر	
	شدة الاستجابة	ر٠١٥٥٤	ر٠١٥٢٤	١٠٠ر	٢١٩ر
الارتباط المعكوس Anti - Image Correlation	الاستجابة النفسية الاجتماعية	٨١٦ر			
	الاستجابة الاقتصادية	٦٧٣ر	٠٨١١ر		
	الاستجابة الشخصية	٢٢٧ر	٢٦٦ر	٨٣٧ر	
	شدة الاستجابة	٦١٩٨ر	ر٠٩٢٣٦	٥٦٨ر	٨٦١ر

جدول (١٣)

يوضح الأبعاد الطائفية للتحليل العاملى

Communalities of Factor Analysis

لمقياس المقامرة للعينة الكلية (ن= ١٠٠)

أبعاد / المقياس	الداخليـة	المجمـوع
الاستجابة النفسية الاجتماعية	١ر٠٠٠	٩٠٣ر
الاستجابة الاقتصادية	١ر٠٠٠	٩١١ر
الاستجابة الشخصية	١ر٠٠٠	٩١٦ر
شدة الاستجابة	١ر٠٠٠	٨٥٠ر

جدول(١٤)

يوضح تفسير التباين الكلى

Tatal Variance Explained

لمقياس المقامرة للعينة الكلية (ن= ١٠٠)

المصفوفة الجزئية	قيم الارتباطات الداخلية				حاصل مجموع النسب التربيعية		
	الكلى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪		الكلى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪
١	٣ر٥٧٩	٨٩ر٤٨١	٨٩ر٤٨١		٣ر٥٧٩	٨٩ر٤٨١	٨٩ر٤٨١
٢	٠ر٢٤١	٦ر٠٢١	٩٥ر٥٠٢				
٣	٠ر١٠٣	٢ر٥٨٦	٩٨ر٠٨٨				
٤	ر٠٧٦٤٧	١ر٩١٢	١٠٠ر٠٠٠				

جدول(١٥)

يوضح المصفوفة الجزئية

Companent Matrix

لمقياس المقامرة للعينة الكلية (ن= ١٠٠)

أبعاد المقياس	المصفوفة الجزئية 1
الاستجابة الشخصية	٩٥٧ر
الاستجابة الاقتصادية	٩٥٤ر
الاستجابة النفسية الاجتماعية	٩٥٠ر
شدة الاستجابة	٩٢٢ر

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات الأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة لدى العينة الكلية (ن = ١٠٠) مرتفعة بدرجة كبيرة إذ أنها تزيد عن (٣ر٠) لذا فهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر٠) وهو ما يعنى أن أبعاد المقياس مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطاً عالياً، وهو ما يشير إلى أن مقياس المقامرة ذو إتجاه أو قطب واحد.

ومن ناحية أخرى فقد اتضح أن أكثر الأبعاد تشبعاً كان بعد الاستجابة الشخصية ثم بعد الاستجابة الاقتصادية، ثم بعد الاستجابة النفسية الاجتماعية وأخيراً شدة الاستجابة .

جدول (١٦)

يوضح مصفوفة الارتباطات الناتجة

Reproduced correlations Matrix

لمقياس المقامرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد / المقياس	الاستجابة النفسية الاجتماعية	الاستجابة الاقتصادية	الاستجابة الشخصية	شدة الاستجابة
الارتباطات الناتجة Reproduced correlation	الاستجابة النفسية الاجتماعية	٩٠٣ر			
	الاستجابة الاقتصادية	٩٠٧ر	٩١١ر		
	الاستجابة الشخصية	٩٠٩ر	٩١٤ر	٩١٦ر	
	شدة الاستجابة	٨٧٦ر	٨٨٠ر	٨٨٢ر	٨٥٠ر
البواقى Residual	الاستجابة النفسية الاجتماعية	---			
	الاستجابة الاقتصادية	٠١٦٤٩ر	---		
	الاستجابة الشخصية	٠٤٢٣٧ر	٠٢٨٨٣ر	——	
	شدة الاستجابة	٠٧٣٥٤ر	٠٦٨٨٧ر	٠٩٢١٨٨ر	——

لقد تم حساب البواقى ما بين معاملات الارتباط الأساسية وبين التى تم إستخراجها فوجد أن هناك ٣٣ر٪ من البواقى المتكررة كانت قيمتها المطلقة أكبر من ٠٥ر٠.

وبعد تدوير المحاور لطريقة فارماكس Varimax of Rotated Factor Matrix لم يجد الباحث أى إختلاف بين النتائج التى حصلنا عليها قبل وبعد التدوير، وهو ما يشير إلى أن مقياس المقامرة بأبعاده الأربعة ذو إتجاه أو قطب واحد.

ثالثاً : ثبات المقياس :

تعتمد طرق حساب ثبات نتائج المقاييس النفسية إعتماداً مباشراً على فكرة معاملات الارتباط، بإعتبار أن الثبات يعنى أنه إذا طبق مقياس على مجموعة من الأفراد، ورصدت درجات كل فرد فى هذا المقياس ثم أعيد إجراء نفس المقياس على نفس المجموعة، وفى نفس الظروف ورصدت أيضاً درجات كل فرد، فإن الترتيب النسبى للأفراد يكون قريباً لترتيبهم النسبى فى المرة الثانية (فؤاد البهى السيد، ١٩٧٩، ٥١٨).

وقد إستخدم الباحث لحساب ثبات مقياس المقامرة طريقتين هما :

١ - طريقة إعادة تطبيق الاختبار :

حيث تم تطبيق مقياس المقامرة على عينة قوامها (١٠٠) من الذكور، وبعد خمسة عشر يوماً، أعيد التطبيق مرة ثانية على نفس الأفراد، وتحت نفس الظروف وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معاملات الارتباط بين التطبيق الأول، والثانى لكل بعد على حده، كما يتضح فى الجدول التالى:

جدول(١٧)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة

بطريقة إعادة تطبيق الاختبار حيث (ن= ١٠٠)

أبعاد / المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثانى	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الاستجابة النفسية الاجتماعية	٨٣ر	٩١ر	٠١ر
الاستجابة الاقتصادية	٨١ر	٩٠ر	٠١ر
الاستجابة الشخصية	٨٤ر	٩١ر	٠١ر
شدة الاستجابة	٨٦ر	٩٢ر	٠١ر

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الأربعةلمقياس المقامرة بطريقة إعادة تطبيق الاختبار، دالة إحصائياً عند مستوى ٠١ر

٢ - طريقة التجزئة النصفية :

تعتبر هذه الطريقة أكثر طرق ثبات الاختبار استخداما، ويرجع السبب فى ذلك إلى أنها تتلافى عيوب الطرق الأخرى، مثل إعادة تطبيق الاختبار (رمزية الغريب، ١٩٧٧، ٦٥٧). ومن هنا فقد تم تجزئة كل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة لمقياس المقامرة إلى نصفين، العبارات الفردية مقابل العبارات الزوجية، وإعتمدنا فى ذلك على تساوى عدد العبارات فى كل جزء من الجزئين لكل بعد من الأبعاد الأربعة وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الأبعاد الأربعة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معامل الارتباط بين العبارات الفردية والعبارات الزوجية داخل كل بعد على حدة وذلك باستخدام معادلة سبيرمان - براون كما يتضح فى الجدول التالى:

جدول(١٨)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة

بطريقة التجزئة النصفية حيث (ن= ١٠٠)

أبعاد المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثانى	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الاستجابة النفسية الاجتماعية	٧٨ر	٨٨ر	٠١ر
الاستجابة الاقتصادية	٧٦ر	٨٦ر	٠١ر
الاستجابة الشخصية	٨٠ر	٨٩ر	٠١ر
شدة الاستجابة	٨١ر	٩٠ر	٠١ر

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الأربعة لمقياس المقامرة بطريقة التجزئة النصفية دالة إحصائياً عند مستوى ٠١ر .

رابعاً : مقياس سلوك المخاطرة

Risk Taking behavior scale (RTBS)/ إعداد الباحث:

سلوك المخاطرة Risk-taking behavior من السلوكيات التى قد يفسرها البعض فى إطار الشذوذ أو الخروج عن المألوف. وفى ضوء ذلك يُنظر للمُخاطر على أنه حليف التوتر الذى لا يحيا إلا بالعقبات، ولا يستقيم توافقه النفسى إلا بتخطى الحواجز ومواجهة المواقف الصادمة، والعيش مع المجهول، والعمل دائما على تحقيق شئ يندى على قدرة الانسان العادى. ويرى المخُاطر بذلك أنه إنسان حر، يتغلب على كل القيود، ويعلن عن نفسه فى براثن الموت، فهو يستمد قيمته من العيش على حافة البركان.

ويشير البعض إلى أن سلوك المخاطرة يرتبط ببعض الخصائص الشخصية كالسلوك المضاد للمجتمع، والمتمثل فى السلوك الاجرامى وعدم الإهتمام بالمعايير الاجتماعية، كما يرتبط هذا السلوك باضطراب التحكم فى الدفعات، وأن المُخاطر يندفع بباعث قهرى يحثه على الاتيان بأفعال خطرة، هذا بالإضافة إلى أن المخاطرين يتميزن بوهم القدرة المطلقة، مما يجعل من الشجاعة لديهم عنصراً دافعاً فى الإتيان بسلوك المخاطرة ***(Blaszczynsk, A. et .al, 1997, p.75) (Vitaro, F.et .al. 1999. p. 565)*** فسلوك المخاطرة يعبر عن إشتهاء المثير ولذة الإثارة، ومن حيث أنه سلوك إرادى عقلانى نتائجه غير معروفة أو مضمونة، يصل فى الحالات المرضية إلى أن يصبح غاية فى حد ذاته وليس مجرد وسيلة.

والمُخاطر تتجمع فيه خصائص شخصية يصعب أن تجدها في أحد، فهو سريع التأثر، يخشى أن يداهمه الخوف، وهو إذ يخاطر يهاجم الخوف ويحتمى به حتى لا يخيفه، وحتى لا تتحكم فيه الظروف، والاقدار، فالخوف بالنسبة للمُخاطر ليس عيباً وإنما أسوأ ألف مرة من العيب، لذا يبدو فاعلاً أكثر منه متحدثاً، ويفعل أكثر مما يجرؤ عليه البشر العاديين، وقد يفقد فى سبيل ذلك الشعور بالراحة، إلا أنه يكتسب الشجاعة، وهو إذ يعيش فى خطر يرى أنه فى حاجة للمزيد، حتى يفعل ما يراه الآخرين مستحيلاً.

وغالبية المقاييس التي تناولت سلوك المخاطرة، تركز على إنتشار سلوك المخاطرة، كما أنها تتخذ من السلوك الإجرامى وسيلة لمقياس هذا السلوك، على إعتبار أن الجريمة تدخل ضمن سلوك المخاطرة (*Edward. R, 1993, p.10*) لكن سلوك المخاطرة يختلف إختلافاً كبيراً عن ذلك.

ومن أهداف الدراسة الحالية إعداد مقياس لسلوك المخاطرة - ففى حدود علم الباحث – لم يوجد فى البيئة العربية مقياس لسلوك المخاطرة. كما أن المقاييس الأجنبية تنظر إلى سلوك المخاطرة نظرة سلبية فقط، لكن هذا السلوك ينطوى على جانب إيجابى أيضاً لذا كان من الضرورى أن نقوم بإعداد مقياس لسلوك المخاطرة.

إجراءات تصميم المقياس:

قام الباحث بالاطلاع على الأطر النظرية السيكولوجية التى تناولت سلوك المخاطرة، ثم قام الباحث بجمع أكبر عدد من التعريفات الخاصة بسلوك المخاطرة ثم قام الباحث بعد ذلك باجراء مقابلات غير مقننةبعضها فردى، والآخرى جماعية، مع مجموعة من الأفراد الذين يتراوح أعمارهم من (١٨ : ٤٠) سنة، وذلك للتعرف على الأسباب التى تجعل الفرد يخاطر بنفسه، وما هى الدوافع وراء ذلك، وهل يشعر الفرد من وراء ذلك بلذة معينة؟ وهل الاثارة واشتهاء الاثارة هو ما يدفع الفرد لذلك، أم أن الفرد يخاطر بنفسه إذا كان تحت تأثير بعض الضغوط؟

ومن خلال ما سبق إستطاع الباحث أن يجرى تحليل المحتوى لكلاً من التعريفات التى حصل عليها وكذلك لمحتوى المقابلات مع بعض المفحوصين، وقام الباحث بعد ذلك باستخراج الأبعاد الأساسية التى جاءت فى تحليل المضمون، حتى يقوم بترتيبها من الأبعاد الأكثر تكراراً إلى الأقل تكراراً، وهكذا، وإتضح أن هناك ثلاثة أبعاد أساسية فى سلوك المخاطرة وهى:

١ – الرغبة فى الإثارة.

٢ – جذب الانتباه بالتفرد.

٣ – الاندفاعية.

وقد حصلت كلاً من هذه الأبعاد على تكرارات متباينة، لكنها تبدو شبه متساوية، إذ حصل البعد الأول «الرغبة فى الإثارة» على (١٧) تكرار، بينما حصل البعد الثانى «جذب الانتباه بالتفرد» على (١٦) تكرار، ثم حصل البعد الأخير «الاندفاعية» على (١٥) تكرار.

ويشير البعد الأول (الرغبة فى الإثارة) إلى أن سلوك المخاطرة لا يمثل وسيلة لغاية، بل إنه غاية فى حد ذاته، وهدف يسعى الفرد من أجله، أما البعد الثانى (جذب الانتباه بالتفرد) فيشير إلى رغبة الفرد فى عمل شئ جديد يلفت به إنتباه الآخرين، كنوع من الاستعراضية. ويشير البعد الثالث «الاندفاعية» إلى سرعة رد الفعل للمواقف وعدم التردد فى إتخاذ القرار وتطرف الاستجابة. هذا وقد إستبعد الباحث بعض الأبعاد التى لم يصل تكرارها إلى الحد المقبول وذلك مثل التحدى، البحث عن الأشياء الجديدة، والرغبة فى القضاء على الملل. والطموح، ورد الفعل.

وقام الباحث بتقسيم عبارات المقياس حتى تناسب كل بعد من الأبعاد الرئيسية الثلاثة، مراعيا الدقة المنهجية فى صياغة عبارات المقياس، من حيث سهولة العبارة، وأن تشمل على متغير واحد، وتكون قصيرة قدر الامكان، وتم تطبيق المقياس فى صورته الأولى للتأكد من قدرته على قياس سلوك المخاطرة، والتأكد من سلامة العبارات والألفاظ.

وفيما يتصل بوصف المقياس، يتكون مقياس سلوك المخاطرة من (٢٤) عبارة، تتناول ثلاثة أبعاد أساسية هى : الرغبة فى الإثارة، وجذب الانتباه بالتفرد، والاندفاعية، وكل بعد يشمل (٨) عبارات موزعة بصورة غير متساوية، ويتم الإجـــابة عن طريق الاخـــتيار ما بين (نعم / لا) حيث يأخذ المفحوص (درجة) على الإجابة (بنعم) و (صفر) على الإجابة (لا). ويتم تصحيح المقياس بناء على الدرجة الكلية التائية، ويوصف الفرد بأنه مخاطر إذا حصل على (١٠) درجات خام فأكثر وما يقابلها من درجة تائية (٤٥).

ويوضح الجدول التالى أبعاد مقياس سلوك المخاطرة والعبارات المقابلة لكل بعد.

جدول (١٩)

يوضح أرقام عبارات الأبعاد الفرعية لمقياس سلوك المخاطرة

الأبعاد	أرقام العبارات
١ – الرغبة فى الإثارة	١ – ٤ – ٧ – ١٠ – ١٣ – ١٧ – ٢٠ – ٢٢
٢ – جذب الانتباه بالتفرد	٢ – ٦ – ٨ – ١١ – ١٤ – ١٦ – ١٩ – ٢٤
٣ – الاندفاعية	٣ – ٥ – ٩ – ١٢ – ١٥ – ١٨ – ٢١ – ٢٣

وفيما يتصل بالضبط الإحصائى لمقياس سلوك المخاطرة، قام الباحث بحساب ما يلى :

١ – الدرجة التائية (المعيارية المعدلة)

٢ – حساب الصدق

٣ – حساب الثبات

أولاً : الدرجة التائية (المعيارية المعدلة)

قام الباحث بحساب الدرجات التائية الموزنة (المعيارية المعدلة) لمقياس سلوك المخاطرة، وذلك على عينة تبلغ (١٠٠) مفحوص وإستخدم الباحث القانون التالى:

$$\text{الدرجة التائية} = \frac{\text{س} - \text{م}}{\text{ع}} \times ١٠ + ٥٠$$

(فؤاد البهى السيد، ١٩٧٩، ١٩٢)

ثم قام الباحث بعد ذلك بحساب الصدق لمقياس سلوك المخاطرة، وهو ما يتضح فيما يلى.

ثانياً : الصدق العاملى :

جدول(٢٠)

يوضح مصفوفة الارتباط ودلالتها عند الطرف الواحد

Sig (1-tailed) of correlation Matrix

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد / المقياس	الرغبة فى الإثارة	جذب الانتباه بالتفرد	الاندفاعية
الارتباط Correlation	الرغبة فى الاثارة			
	جذب الانتباه بالتفرد	٩٦١ر٠		
	الاندفاعية	٧٦٦ر	٧٧٦ر٠	—
دلالة الطرف الواحد لمعامل الارتباط Sig (1-tailed) of correlation	الرغبة فى الاثارة	—		
	جذب الانتباه بالتفرد	٠٠٠ر	—	
	الاندفاعية	٠٠٠ر	٠٠٠ر	—

يتضح من الجدول السابق أن معاملات الارتباط البينية للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة بالنسبة للعينة الكلية (ن = ١٠٠) جاءت دالة إحصائياً عند مستوى ٠١ر.

جدول (٢١)

يوضح مصفوفة ارتباط التداخلات بين الأبعاد

Inverse of correlation Matrix

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية (ن = ١٠٠)

أبعاد / المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثانى	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الرغبة فى الإثارة	١٣٫٢٣٨		
جذب الانتباه بالتفرد	١٢٫١٩٥	١٣٫٧٤٧	
الاندفاعية	٫٦٧٨	١٫٣٢٦	٢٫٥٤٨

جدول (٢٢)

يوضح المصفوفات المعكوسة

Anti - Image Matrices

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد / المقياس	الرغبة فى الإثارة	جذب الانتباه بالتفرد	الانـــدفـــاعـــيـــة
التباين المعكوس Anti-Image Covariance	الرغبة فى الاثارة	٫٠٧٥٥٤		
	جذب الانتباه بالتفرد	٫٠٦٧٠١	٫٠٧٢٧٤	
	الاندفاعية	٫٠٢٠١١	٫٠٣٧٨٤	٫٣٩٢
الارتباط المعكوس Anti- Image Correlation	الرغبة فى الاثارة	٫٦٤٥		
	جذب الانتباه بالتفرد	٫٩٠٤	٫٦٣٨	
	الاندفاعية	٫١١٧	٫٢٢٤	٫٩٤٩

جدول (٢٣)

يوضح الأبعاد الطائفية للتحليل العاملى

Communalities of Factor Analysis

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن= ١٠٠)

أبعاد / المقياس	الداخليـــة	المجمــوع
الرغبة فى الإثارة	١٫٠٠٠	٫٩٣٤
جذب الانتباه بالتفرد	١٫٠٠٠	٫٩٤١
الاندفاعية	١٫٠٠٠	٫٧٩٧

جدول (٢٤)

يوضح تفسير التباين الكلى

Toatal variance Explained

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن= ١٠٠)

المصفوفة الجزئية	قيم الارتباطات الداخلية				حاصل مجموع النسب التربيعية		
	الكلـى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪		الكلـى	نسبة التباين ٪	مجموع النسب المئوية ٪
١	٢٫٦٧٢	٨٩٫٠٦٩	٨٩٫٠٦٩		٢٫٦٧٢	٨٩٫٠٦٩	٨٩٫٠٦٩
٢	٫٢٨٩	٩٫٦٣٤	٩٨٫٧٠٣				
٣	٣٨٩١	١٫٢٩٧	١٠٠٫٠٠٠				

جدول (٢٥)
يوضح المصفوفة الجزئية
Component Matrix
لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

أبعاد / المقياس	المصفوفة الجزئية 1
جذب الانتباه بالتفرد	٩٧٠ر
الرغبة فى الإثارة	٩٦٦ر
الاندفاعية	٨٩٣ر١

يتضح من الجدول السابق أن تشبعات الأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة لدى العينة الكلية (ن = ١٠٠) مرتفعة بدرجة كبيرة، إذ أنها تزيد عن (٠٣ر) لذا فهى دالة إحصائيا عند مستوى (٠١ر) وهو ما يعنى أن أبعاد المقياس مرتبطة مع بعضها البعض ارتباطا عاليا، وهو ما يشير إلى أن مقياس سلوك المخاطرة ذو اتجاه أو قطب واحد.

ومن ناحية أخرى فقد اتضح أن أكثر الأبعاد تشبعاً كان بُعد (جذب الانتباه بالتفرد) ثم بعد «الرغبة فى الإثارة» يليه بُعد «الاندفاعية».

جدول(٢٦)

يوضح مصفوفة الارتباطات الناتجة

Reproduced carrelation Matrix

لمقياس سلوك المخاطرة للعينة الكلية حيث (ن = ١٠٠)

المصفوفة	أبعاد / المقياس	الرغبة فى الإثارة	جذب الانتباه بالتفرد	الانـدفـاعـيـة
الارتباطات الناتجة Reproduced Correlation	الرغبة فى الاثارة	٩٣٤ر		
	جذب الانتباه بالتفرد	٩٣٧ر	٩٤١ر	
	الاندفاعية	٨٦٣ر	٨٦٦ر	٧٩٧ر
البواقى Residual	الرغبة فى الاثارة	—		
	جذب الانتباه بالتفرد	٠٢٣٥٨ر	—	
	الاندفاعية	٠٩٦٩٣ر	٠٩٠٠١ر	—

لقد تم حساب البواقى ما بين معاملات الارتباط الأساسية وبين التى تم استخراجها فوجد أن هناك ٦٦ر٠٪ من البواقى المتكررة كانت قيمتها المطلقة أكبر من ٠٥ر.

وبعد تدوير المحاور بطريقة فارماكس Varimax of Rotated Factor Matrix لم يجد الباحث أى إختلاف بين النتائج التى حصلنا عليها قبل وبعد التدوير، وهو ما يشير إلى أن مقياس سلوك المخاطرة بأبعاده الثلاثة ذو إتجاه أو قطب واحد.

ثالثاً : ثبات المقياس : لحساب ثبات مقياس سلوك المخاطرة تم استخدام طريقتين هما :

١ - طريقة إعادة تطبيق الاختبار :

حيث تم تطبيق مقياس سلوك المخاطرة على عينة قوامها (١٠٠) من الذكور، وبعد خمسة عشر يوما، أعيد التطبيق مرة ثانية على نفس الأفراد، وتحت نفس الظروف، وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الابعاد الثلاثة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معاملات الارتباط بين التطبيق الاول والثانى لكل بعد على حده كما يتضح فى الجدول التالى:

جدول(٢٧)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة

بطريقة إعادة تطبيق الاختبار حيث (ن= ١٠٠)

أبعاد المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثانى	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الرغبة فى الإثارة	٨٤ر	٩١ر	٠١ر
جذب الانتباه بالتفرد	٨٠ر	٨٩ر	٠١ر
الاندفاعية	٨٢ر	٩٠ر	٠١ر

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة بطريقة إعادة تطبيق الاختبار دالة إحصائيا عند مستوى ٠١ر.

٢ – طريقة التجزئة النصفية :

لقد تم تجزئة كل بعد من الأبعاد الثلاثة المكونة لمقياس سلوك المخاطرة إلى نصفين، العبارات الفردية مقابل العبارات الزوجية، وإعتمدنا فى ذلك على تساوى عدد العبارات فى كل جزء من الجزئين لكل بعد من الأبعاد الثلاثة وتم حساب معامل ثبات كل بعد من الأبعاد الثلاثة المكونة للمقياس وذلك بعد حساب معامل الارتباط بين العبارات الفردية والعبارات الزوجية داخل كل بعد على حده ، وذلك باستخدام معادلة سبيرمان – براون كما يتضح فى الجدول التالى:

جدول(٢٨)

يوضح معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة

بطريقة التجزئة النصفية حيث (ن= ١٠٠)

أبعاد / المقياس	معامل الارتباط بين التطبيق الأول والثانى	معامل الثبات	مستوى الدلالة
الرغبة فى الإثارة	٨٣ر٠	٩١ر٠	٠١ر
جذب الانتباه بالتفرد	٨١ر٠	٩٠ر	٠١ر
الاندفاعية	٨٠ر	٨٩ر٠	٠١ر

يتضح من الجدول السابق أن جميع معاملات الثبات للأبعاد الثلاثة لمقياس سلوك المخاطرة بطريقة التجزئة النصفية دالة إحصائياً عند مستوى ٠١ر.

خامساً : ا مقياس لدفعات الغرزية الجزئية : إعداد / حسين سعد الدين (١٩٩٧):

يهدف هذا المقياس لمعالجة نواحى القصور الموجودة فى إختبار الحاجات الكامنة ***(صلاح مخيمر، د.ت)*** بجانب المقياس المقنن للغرائز الجزئية ***(سامية القطان، ١٩٨١)*** فالمقياس الحالي، شبه إسقاطى، يتكون من (٨٠) عبارة تقيس أربعة أبعاد هى : النظارية – الاستعراضية – السادية – المازوخية، وذلك بواقع (٢٠) عبارة لكل بعد من هذه الابعاد، وقد صيغت هذه العبارات صياغة عامية كى تصلح فى التعامل مع الثقافات المتباينة فى المجتمع، وذلك لسبرغور نزعات غرزية لا يخلو منها الانسان وتلعب دوراً أساسياً فى الأمراض والانحرافات، وفيما يتصل بثبات المقياس، فقد قام معد المقياس بحساب الثبات بعدة طرق تمثلت في طريقة إعادة تطبيق الاختبار، وذلك على عينة قوامها (١٠٠) فرد بواقع (٥٠) ذكورا و(٥٠) إناثا، وذلك بفاصل زمنى مقداره شهر بين التطبيق الأول والثانى، وكانت معاملات الثبات للأبعاد الأربعة ، دالة عند مستوى ٠١ر كما إستخدمت طريقة التجزئة النصفية، وذلك عن طريق حساب معامل الثبات بين العبارات الفردية والزوجية لكل بعد من الابعاد الاربعة على حدة، وذلك بعد معرفة معامل الارتباط للعبارات الفردية فى مقابل العبارات الزوجية داخل البعد الواحد، باستخدام معادلة سيبرمان – براون، وقد أشارت النتائج أن لجميع معاملات الثبات بهذه الطريقة كانت دالة عند مستوى ٠١ر وفيما يتصل بصدق المقياس إتبع معد المقياس الاتى:

حرص معهد المقياس على تطبيق كل معايير الصدق التى تمثلت فى الصدق الوصفى بالابعاد الثلاثة له (الصدق الفرضى، الصدق السطحى، الصدق المنطقى) حيث إتصل إسم المقياس بمضمونه، إذ أنه يقيس النزعات الغرزية الجزئية (الصدق الفرضى) كما أن المظهر العام للمقياس يتسم بالوضوح وبمناسبته للمختبرين وبخاصة بعد تحويل عباراته إلى العامية (الصدق السطحى، ومن ناحية ثالثة، قام المقياس فى صميمه على مفاهيم التحليل النفسى، وكانت عباراته بذاتها قد إعتمدت على أبعاد أربعة للنزعات الغرزية الجزئية التى أشار إليها جمهرة المحللين النفسيين (الصدق المنطقى) وفى هذا السبيل لم يكتفى معد المقياس بحثه الكلينيكى وفهمه للتحليل النفسى للغرائز الجزئية التى قامت على أساسها العبارات العشرون

لكل بعد، فقد لجأ أيضاً إلى أربعة من المحكمين المشتغلين بالميدان وذوى الإتجاه التحليلى النفسى، وذلك لاستبعاد بعض العبارات بما لا يجمع المحكمون الأربعة عليها، وفيما يتصل بالصدق الاحصائى إتبع معد المقياس ما يلى :

قام معد المقياس بحساب الصدق الذاتى وذلك عن طريق حساب الجذر التربيعى لمعامل الثبات للابعاد الأربعة المكونة للمقياس وكانت جميعها دالة عند مستوى ٠١ر٠ كما قام بحساب الصدق بطريقة الاتساق الداخلى، وكانت جميع معاملات الارتباط الداخلية بين الابعاد الأربعة دالة عند مستوى ٠١ر٠ ومن ناحية ثالثة قام معد المقياس بحساب صدق المحك من خلال تطبيقة للمقياس على عينة ممثلة للمجتمع، ثم حساب معامل الارتباط بين درجاتهم على العبارات الجديدة التى أضافها والتى تبدأ من العبارة (٤١: ٨٠) ودرجاتهم على العبارات القديمة والمتمثلة فى عبارات المقياس المقنن للغرائز الجزئية ***(سامية القطان، ١٩٨١)*** وفى إختبار الحاجات الكامنة ***(صلاح مخيمر، د.ت)*** والتى تبدأ عباراته من العبارة (١) إلى العبارة (٤٠)، وذلك بعد إعادة صياغتها باللغة العامية وقد جاءت نتائج معاملات الارتباط للأبعاد الأربعة طبقا لمعادلة سبيرمان – براون للتجزئة النصفية دالة عند مستوى ٠١ر٠ وفيما يتصل بتصحيح المقياس فقد تراوحت الدرجات الخام لكل بعد على حدة من (صفر : ٤٠) درجة خام وذلك حسب إستجابة المفحوص على كل عبارة حيث يوجد إستجابات تحصل على (درجتين) وأخرى تحصل على (درجة واحدة) وثالثة تحصل على (صفر).

وبالرغم من وضوح ثبات وصدق المقياس، إلا أن معد المقياس قام بتطبيقه على عينة قوامها (٥٤٥) بواقع (٢٧٠) من الذكور و (٢٧٥) من الإناث، يمثلون المستويات التعليمية بكافة أشكالها ممن تتراوح أعمارهم الزمنية ما بين (١٦ – ٦١) سنة، وذلك لحساب الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام لكل بعد على حدة، واضعا فى الإعتبار أن تكون هناك جداول خاصة بالذكور وأخرى خاصة بالاناث، وذلك حتى يستطيع أى باحث أن يستخدم هذا المقياس وأن يقيم وزنا معيارياً للدرجات الخام التي يحصل عليها أى فرد فى عينة بحثه.

ثانياً : أدوات الدراسة الكلينيكية:

أولاً : المقابلة الكلينيكية

المقابلة الكلينيكية من أهم أدوات البحث، لانها تجمع بين الملاحظة واستمارة البحث، مما يجعلها أداة هامة فى البحث بعامة، وفى المراحل التمهيدية بصفة خاصة، للكشف عن الأبعاد الهامة لمشكلة الدراسة، وتنمية الفروض، وبذلك توضح ما هو غامض وتفسر ما هو صعب، لذا تعد المقابلة الكلينيكية من أهم وسائل جمع البيانات وأكثرها شيوعا نظرالميزاتها المتعددة ولمرونتها، وان كانت تتفاوت فى أهميتها ونوعيتها بحسب المنهج والطريقة المستخدمة، ويتوقف نجاحها على مستوى التخطيط لها من جهة وعلى الكيفية التى تُتبع فى تسجيل المعلومات والبيانات التى تسفر عنها هذه المقابلة من جهة أخرى، فالمقابلة تهئ الفرصة أمام الكلينيكى للقيام بدراسة متكاملة للحالة عن طريق المحادثة المباشرة وتفهم العميل والتأكد من صدق بعض الانطباعات والفروض التى يصل اليها عن طريق الأدوات التشخيصية الأخرى، وهو أمر ضرورى للتوصل إلى الصياغات التشخيصية ***(لويس كامل مليكة، ١٩٧٧ ، ٦٥)***.

وعلى الرغم من أن المقابلة ليست إختباراً مقنناً، إلا أنها فى الوقت نفسه أداة سيكومترية لجمع المعلومات، ولها طابع الاختبار ،ويجب أن نشير هنا إلى أن نجاح المقابلة لا يتوقف على كم المعطيات التى تم الوصول إليها، ولكن يعتمد على مقدار الثقة والصدق فى تلك المعطيات ***(Groth, M, 1990, p. 64)*** وألا يقف الباحث عند استقصاء تاريخ الحالة فحسب، بل إقامة تواصل ملزم أو علاقة حميمة Rapport هى حتم لا بد منه بلوغاً للعلاقة الطرحية ومادمنا نهتم بالبصيرة الكلينيكية والامساك بدلالات تتسلل من اللاشعور إلى المنطوق، تم استخدام المقابلة الطليقة التى تسمح بجمع معلومات أكثر ثراء، كالمعلومات التى يمكن أن تكشف عنها ذلات اللسان والأحلام والتداعيات الحرة ***(حسين عبد القادر، حسين سعد الدين، ١٩٩٤ ، ١٠)***. ومن أجل ذلك إهتم الباحث باستخدام المقابلة ذات رؤوس الموضوعات الهادية من حيث مفرداتها التى تشمل على :

المرض الحالى، الشكوى الحالية للمفحوص، وأسرته، وطفولته، وسنوات التعليم، وعمله، ومكان الاقامة، والحوادث والأمراض التى تعرض لها المفحوص، والحقل الجنسى، والعادات

والمعتقدات، واتجاهه من أسرته، واتجاهــه من المــرض الحــالى، وكــذلك الأحلام المتكررة *(سامية القطان، ١٩٨٠، ٧٠)*.

ويرى الباحث أنه لا بد أن يضع القائم بالمقابلة بعض الشروط المسبقة فى ذهنه قبل إجراء المقابلة، فلا بد أن يحدد الهدف من المقابلة وما ينبغى أن يدور حوله الحوار فى المقابلة، وهل لديه من القدرات العلمية، والمنهجيه لتفسير وتحليل البيانات التي حصل عليها من خلال مقابلته، وأن يتغلب على كافة الصعوبات المنهجية فى المقابلة والتى أهمها، أن يحول كل البيانات التى يحصل عليها من وقائع Facts إلى حقائق truth .

الطريقة العلاجية المستخدمة فى الدراسة:

جماعات الحوار Encounter Groups

جماعات الحوار، هى أحد طرق العلاج النفسى الجماعى، والتى كان لها تأثيرها الكبير فى الستينيات والسبعينيات من القرن العشرين، حتى كانت أكثر الطرق العلاجية فاعلية، ويقول عنها كارل روجرز، أنها واحدة من التطورات المثيرة فى عصرنا، وهى أكثر المبتكرات المعاصرة نجاحاً، والتى تتناول مشاعر عدم الواقعية – واللاشخصية ***(على كمال، ١٩٩٤، ٣٦٩-٣٧٠)*** فهى فى رأيه، أعظم اختراع شاع فى هذا القرن، بل لعلها اقوى إختراع على الاطلاق وستظل هذه الجماعات باقية طالما وجد إنسان على ظهر هذا الكوكب ***(لطفى فطيم، ١٩٩٤، ٤٥-٤٦)*** فهى أفضل وسيلة لاقامة نوع من الاتصال بين الأفراد، بقدرما تعد أفضل طرق المقابلة، كما أنها تركز على التفاعلات الاجتماعية للعلاقات الشخصية، مما يساعد علي إزالة القيود والحواجز النفسية والعمليات الدفاعية لكل فرد من أفراد الجماعة دون ضغط من المعالج، وإن كان يحتاج لنوع من المساعدة لكى يكون تلقائيا ***(Spoitnity, H. 1972, p. 52)*** وتقوم طريقة (جماعات الحوار) على مجموعة من الاسس النفسية والاجتماعية هى كما يلى :

– التعرف على اللاشعور ما أمكن، حيث يؤدى وجود المريض بين المرضى الآخرين على الاقناع بأنه ليس وحده هو الشاذ وأنه ليس مختلفاً عن الآخرين وأن المشكلات النفسية تدخل ضمن الصعوبات العامة التى تواجه الناس جميعا .

- التخفف من مقاومة المريض للتحدث عن مشكلاته التى قد لا يبوح بها أو يناقشها فى جلسات العلاج الفردى، وذلك عندما يكتشف أن غيره من أعضاء الجماعة يشاركونه نفس المشكلات ويفضل هنا أن تبدأ المسألة العلاجية بمناقشة عامة وغير موجهة وغير شخصية نندرج بعد اطمئنان المرضى إلى مشاركة اقرانهم لهم فى مشكلاتهم إلى الحديث عن أنفسهم وتناول مشكلات الشخصية بالتفصيل.

- التفريغ الانفعالى وتكوين علاقات إجتماعية جديدة، حيث يجد المريض فى المعالج وأعضاء الجماعة سنداً وجدانياً ومجالا لتفريغ شحناته الانفعالية وحيث تهئ له الجماعة مجالاً تتأثر فيه نظرته إلى الناس والمجتمع، ويكتسب فيه القدرة على تكوين علاقات إجتماعية جديدة ومثمرة.

التوافق الاجتماعى: حيث يميل كل عضو من أعضاء الجماعة، حرصاً منه على إشباع جوعه الاجتماعى، إلى أن يتخفف من أنانيته وتمركزه حول ذاته، وأن ينتظم مع الجماعة حتى يظفر منها بالقبول والتقدير، ويشبع حاجاته إلى الانتماء وعضوية الجماعة، وهنا تكفل الجماعة العلاجية إمداد الاعضاء بالخبرات التى تفيد فى تعليمهم أو إعادة تعليمهم الوسائل المفيدة فى التوافق الاجتماعى.

- الاستبصار الجديد، حيث تهئ الجماعة الجديدة للمريض رؤية جديدة لنفسه ولمشكلته، إذ تعتبر الجماعة بمثابة مرآة يرى فيها نفسه كما يرى فيها غيره

(حامد زهران، ١٩٧٨، ٢٠٩ - ٢١٠).

الاسلوب الاحصائى المستخدم :

للتحقق من صحة فروض الدراسة، إستخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

– الدرجة التائية $= \frac{\text{القيمة – المتوسط الحسابى}}{\text{الانحراف المعيارى}} \times ١٠ + ٥٠$

– معامل ارتباط بيرسون لحساب ثبات المقاييس المستخدمة فى الدراسة

$$ر = \frac{\text{ن مجـ س ص – مجـ س × مجـ ص}}{\sqrt{[\text{ن مجـ س}^٢ - (\text{مجـ س})^٢] \times [\text{ن مجـ ص}^٢ - (\text{مجـ ص})^٢]}}$$

– معامل الثبات بطريقة سبيرمان – وبراون $= \frac{٢ \times ر}{١ + ر}$

– إخـتـبـار (ت) T. test لحساب دلالة الفروق بين المتوسطات لدرجات مجموعتى الدراسة، وحيث أن المجموعتين متساويتين من حيث العدد، فقد إستخدم الباحث القانون التالى:

$$\frac{م_١ - م_٢}{\sqrt{\frac{ع_١^٢ + ع_٢^٢}{ن - ١}}}$$

درجة الحرية = ٢ ن – ٢

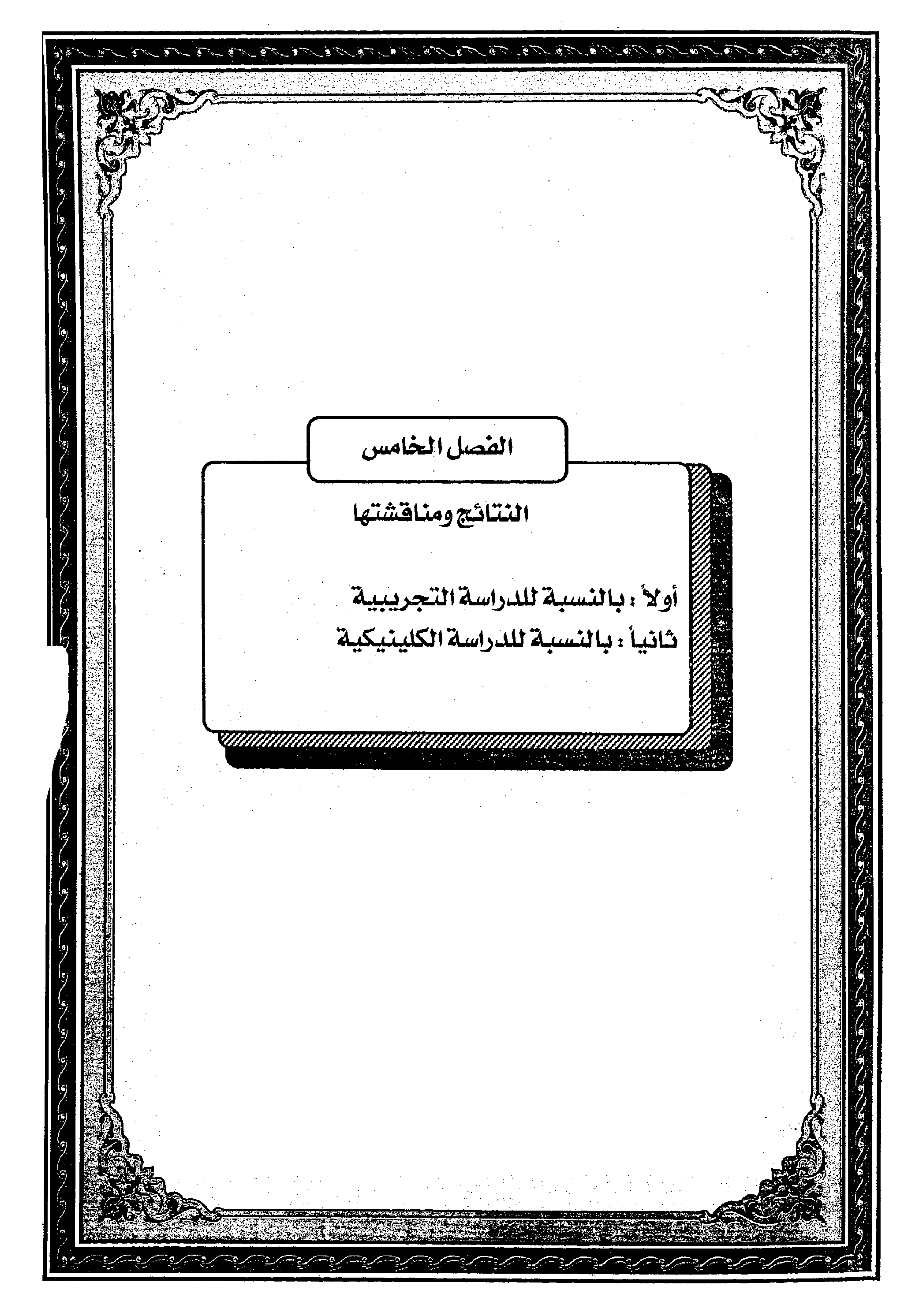
كما قام الباحث باستخدام القانون الثالث لاختيار (ت) لمعرفة فاعلية البرنامج العلاجى المستخدم فى الدراسة لعلاج المقامرين، وهو ما يلى:

$$ت = \frac{م\ ف}{\sqrt{\frac{\text{مجـ ح}^٢\ ف}{ن\ (ن - ١)}}}$$ ودرجة الحرية = (ن – ١)

– نسبة (ف) لحساب التجانس بين مجموعتى الدراسة $\frac{ع_١^٢}{ع_٢^٢}$ $\frac{\text{التباين الكبير}}{\text{التباين الصغير}}$

(فؤاد البهى السيد، ١٩٧٩).

– التحليل العاملى باستخدام نظام S.P.S.S بالكمبيوتر

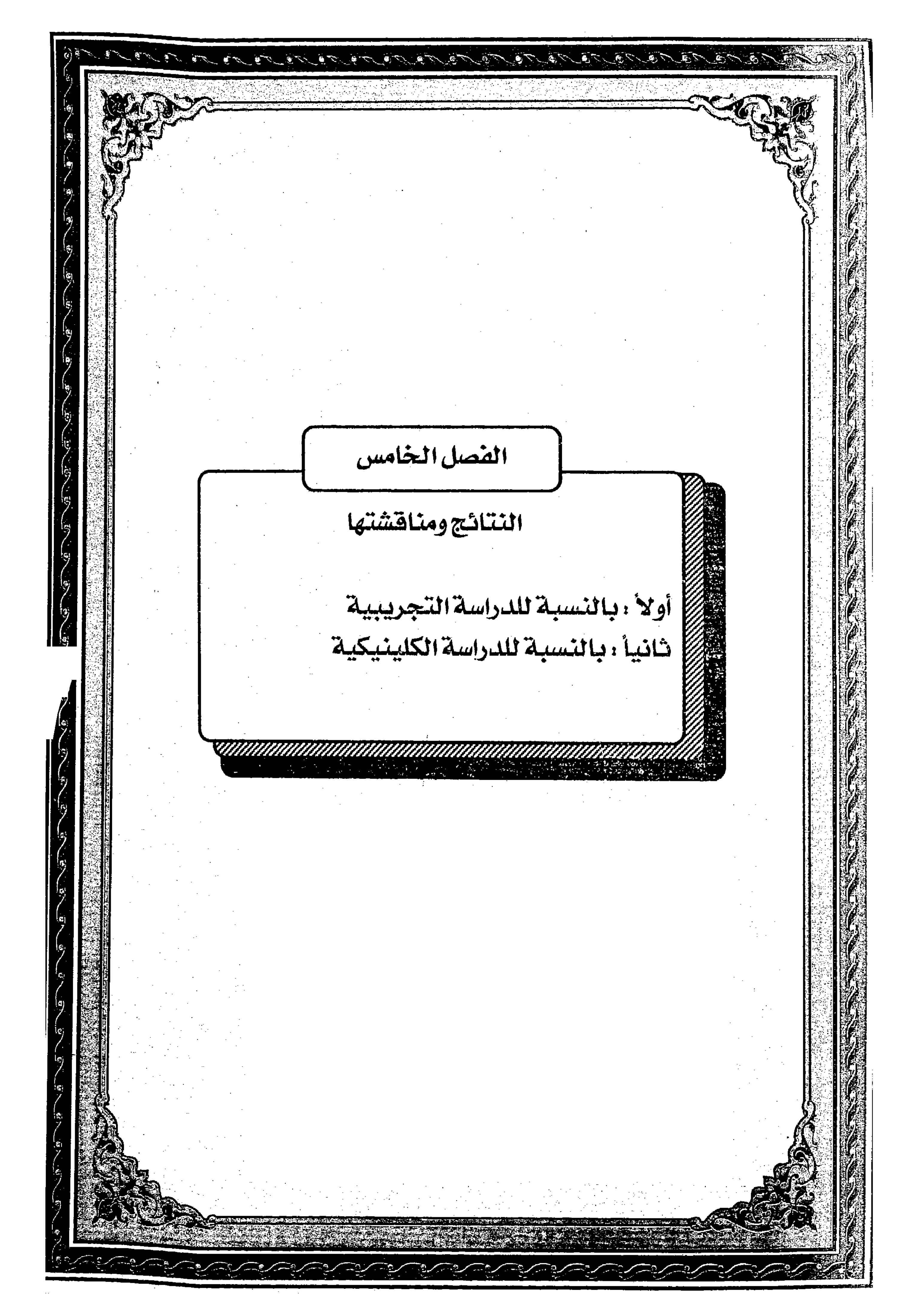


الفصل الخامس

النتائج ومناقشتها

أولاً : بالنسبة للدراسة التجريبية

ثانياً : بالنسبة للدراسة الكلينيكية



الفصل الخامس

النتائج ومناقشتها

أولاً : بالنسبة للدراسة التجريبية

ثانياً : بالنسبة للدراسة الكلينيكية

الفصل الخامس

النتائج ومناقشتها

أولاً : بالنسبة للدراسة التجريبية

ثانياً : بالنسبة للدراسة الكلينيكية

النتائج ومناقشتها

أولاً: بالنسبة للدراسة التجريبية :

الفرض الأول :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة فى إتجاه إرتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

١- حساب قيم متوسطات الدرجات والإنحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين المرضى على مقياس سلوك المخاطرة، حيث (ن=٣٠)، والتى حصل عليها مجموعة غير المقامرين على نفس المقياس، حيث (ن=٣٠)، ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٢٩)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات مقياس سلوك المخاطرة لدى مجموعتى الدراسة

سلوك المخاطرة / مجموعة	المتوسطات الحسابية	الإنحرافات المعيارية
المقامرين	٦٠ر٤٦	٥٨ر٤
غير المقامرين	٢٣ر٤١	١٨ر٨

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المقامرين أكبر من متوسطات درجات غير المقامرين، وذلك على مقياس سلوك المخاطرة .

٢- كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لمقياس سلوك المخاطرة باستخدام إختبار (ت)، ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٣٠)

يوضح المتوسط الحسابى والإنحراف المعيارى ودلالة الفروق

باستخدام إختبار (ت) لمجموعتى الدراسة على مقياس سلوك المخاطرة

العينة / المقياس	المقامرين		غير المقامرين		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
سلوك المخاطرة	٤٦ر٦٠	٥٨ر٤	٢٣ر٤١	١٨ر٨	٠٥ر١١	٠١ر

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائية عند مستوى (٠١ر)، مما يعنى إرتفاع سلوك المخاطرة لدى عينة المقامرين .

تفسير نتيجة الفرض الأول

توضح نتيجة الفرض الأول أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة فى إتجاه إرتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين، حيث كانت قيمة (ت) (١١,٠٥) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر) .

ويمكن تفسير ذلك بأن سلوك المخاطرة والمقامرة قد يعبران عن شئ واحد، حتى أنه لا يمكن أن نتصور مقامرة دون مخاطرة، وكأن القاعدة الأساسية فى المقامرة أن يترك كل مقامر وراء ظهرة الراحة والطمأنينة، ولينظر بعين الاعتبار إلى المجاذبة والصراع والسعى الدائم وراء السلوكيات غير المضمونة . والسبب فى ذلك أن البنية السيكولوجية للمقامر تختلف لدرجة كبيرة عن كثير من البنيويات النفسية، فهو يحقق التوافق النفسى بالإثارة وتحدى الأقدار، ويسارع ليحتمى بالقلق حتى يقضى على ما بداخله من خوف، فهو يخاطر حتى لا تتحكم فيه الأقدار، ويهزم مشاعر الخوف بداخله، وفى ذلك إعتقاد خاطئ ومريض، حيث يرى المقامر أن

سلوك المخاطرة يجعله أكثر شجاعة، وكأن المقامر لا يجد ذاته إلا وهى مضيعة على حافة الخطر. والمقامر يخاطر بنفسه لأنه يرغب فى تحدى كل شئ، حتى الأقدار يتحداها، ولا يرغب أن يكون موقعه بالنسبة لها «مفعول به» بل يود أن يكون هو الفاعل، وهذا ما يجعله يقدم على شتى الأفعال التى يتجنبها الآخرون، دون تفكير بالنتائج، ودون أى تردد، وذلك لأن قرار المخاطرة لدى المقامر، قرار محسوم، لا يخضع للتردد أو التراجع، فما يطمع فيه المقامر لا يمكن أن يتحقق إلا من خلال فعل جنونى وليس من خلال سلوك عادى .

وقد تصل المخاطرة لدى المقامر لأعنف صورها المرضية، عندما يصبح الهدف من ممارسة المخاطرة، هو فقط الحصول على الإثارة، إذ تصبح المخاطرة هدفاً وليس وسيلة لتحقيق أهداف أخرى، وهو ما يبدو لدى المقامر المرضى، وقد أشار (لاينج) إلى أن سلوك المخاطرة قد يشمل بعض الجوانب المرضية التى تجعل من الإثارة والتنبيه والحكم فى الموضوعات، الهدف الأساسى من وراء هذا السلوك. ***(Lyng,S. 1993, p.2)***

وفى هذا السياق يشير (كامبل) إلى أن بعض الأفراد مُحبى المخاطرة قد تكون لديهم صعوبات إنفعالية أو إضطرابات نفسية ***(Campbell, R. 1989, p.642)*** ويرى (زوكرمان) أن بعض المقامرين يرغب فى سلوك المخاطرة، لأنه سلوك غير مألوف ومعقد، وأن الطبيعة النفسية للمقامر ترغب دائما فى الاتيان بالأفعال الشاذة والغريبة. ***(Zuckerman), M. 1979, p.10*** لذا يرى (إدوارد) أن المقامرة هى الشكل الحقيقى للمخاطرة. ***(Edward, R. 1993, p.4)*** فيقول (ويلسون): "حينما تكون مقامراً، لابد أن تكون مخاطراً، حتى تعطيك المخاطرة القدرة على إدراك جميع الاحتمالات للنتائج . ***(Wilson, M. & Daly, M. 1993, p.13)*** وقد تكون الاجابة الصحيحة للسؤال التقليدى: لماذا يقامر الناس؟ أنه من أجل المخاطرة والبحث عن الإثارة، ويبالغ بعض الباحثين لاظهار العلاقة بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة، للدرجة التى يقول فيها أن سلوك المخاطرة لدى المقامرين لا تحكمه فقط عوامل نفسية أو اجتماعية، بل عوامل بيولوجية وعصبية أيضاً.

(Walker, M. 1995, p. 140)

ويوضح الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع (DSM. lv) أن المقامر المرضى يمارس المقامرة بحثاً عن الإثارة والتشويق وحب الخطر، أكثر مما يبحث عن المال، وفى بعض الأحيان نرى المقامر المرضى يكثر من ممارسة المقامرة رغم هزيمته أو حصوله على الفوز، ويرجع ذلك لأن هذا المقامر يرى أنه لم يصل بعد إلى الإثارة المطلوبة، وهذا ما يجعله لا يتوقف سواء فى حالة المكسب أما الخسارة . *(American Psychiatric Association. 1994)*

إن الدراسات النفسية للمقامرة ، تشير غالبيتها- إن لم يكن كلها- إلى أن هناك علاقة قوية بين سلوك المخاطرة والمقامرة، فيرى (زوكرمان وكولمان) أن سلوك المخاطرة هو الدافع الاساسى للمقامرة، وأن لسلوك المخاطرة أساس نفسى وآخر فسيولوجى .

(Zuckerman, M. &Kuhlman, D. 2000)

ويشير (شافر) وزملاءة إلى أن هناك علاقة طردية بين سلوك المقامرة وسلوك المخاطرة، فكلما إزداد سلوك المقامرة، كلما إزدادت معه سلوك المخاطرة. *Shaffer, H. et al (1999.)* وإذا كان بعض الباحثين أمثال (زوكرمان وكولمان) يؤكدون على أن سلوك المخاطرة لدى المقامرين له أساس فسيولوجى بجانب العامل النفسى، إلا أن (شميت) وآخرون يؤكدون على علاقة سلوك المخاطرة بالمقامرة، ولكن من الناحية النفسية فقط، وهم لا ينكرون أن سلوك المخاطرة لدى المقامر يثير عمليات فسيولوجية مثل إرتفاع ضغط الدم، لكن ليس هناك أساس فسيولوجى يثير سلوك المخاطرة، الذى هو فى الأساس سلوك إختيارى .

(Schmitt, W. et al. 1999)

ويرى (فيتارو) وآخرون أن المقامر مخاطر لأن لديه إضطراب فى التحكم فى الدفعات *(Vitaro, F. et al. 1999)* كما يشير (باول) وآخرون إلى أن المقامر ينظر للمخاطرة على أنها نوع من تأكيد الذات والاعتداء بالنفس، وأن المخاطرة سمة ذكرية أكثر منها سمة أنثوية لذا تكثر المقامرة بين الذكور عن الإناث *(Powell, J. et al. 1999)* ويربط (ليچوكس) وآخرون بين إرتفاع معدلات المخاطرة لدى المقامرين وبين عوامل أخرى مثل إدمان الكحوليات وإضطراب التحكم فى الدفعات . *(Lejoyeux. et al. 1998)*

ويشير (ستيل وبلاذنكسى) إلى أن إرتفاع معدلات سلوك المخاطرة لدى المقامر يعبر عن إضطراب نفسى *(Steel, Z.& Blaszczynski, A. 1998)* كما أوضح (برويموس) وآخرون ذلك، بالإضافة إلى أن سلوك المخاطرة هو الذى يحدد ما إذا كانت المقامرة مرضية أو للتسلية فقط . *(Proimos. J. et al. 1998)*

ويوضح (دايكسون) وآخرون أن المقامرة ترتبط بالمخاطرة، وأن سلوك المخاطرة يحدث فى الحالة التى تكون فيها المقامرة معتمدة على الحظ والفرصة أكثر من إعتمادها على المهارة. وبعض المقامرين المرضين يعتقدون أن بمقدورهم التغلب على عوامل الفرصة والحظ عن طريق التدريب، وهو ما يعرف بوهم القدرة المطلقة، الذى يرتبط إرتباطاً دالاً بالمخاطرة لدى المقامر، فكلما إرتفع وهم القدرة المطلقة، كلما إرتفع معه سلوك المخاطرة *(Dixon, M. et al. 1998)*. وقد تصل درجة المخاطرة لدى المقامر إلى أنه يقوم بأفعال لا تقتصر على ذاته فقط، بل تشمل أنشطة مضادة للمجتمع . *(Stinchfield, R. et al. 1997)*

ويرى (ميللر وبايرن) أن سلوك المخاطرة يرتفع لدى المقامرين كلما كانت أنشطة المقامرة تعتمد على الحظ والصدفة أكثر مما تعتمد على المهارة .إذ أن المهارة تقلل من درجة الإثارة لكونها نشاط معروف لدرجة ما نتيجته أما الحظ والفرصة، فهى أنشطة غامضة مجهولة النتيجة، فتكون المخاطرة والإثارة فيها أكبر . *(Miller, D. & Byrnes, j. 1997)*

ويذكر (فيتارو) وآخرون أن سلوك المخاطرة فى علاقتة بالمقامرة، لا يتضح فى المراحل المبكر من ممارسة المقامرة، بقدر ما يتضح فى المراحل المتأخرة، هذا بالإضافة إلى أن الاندفاعية قد تتحول إلى سلوك للمخاطرة. *(Vitaro, F. &. et. al. 1997)*

ويرى (فولبيرج) وآخرون أن سلوك المخاطرة لدى المقامر، ينبع من إنخفاض تقدير الذات، والمقامر هنا يقحم ذاته فى أعمال خطرة، حتى يحصل على تقدير الذات من الآخرين .

(Volberg, R. et al. 1997)

الفرض الثانى

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية، فى إتجاة إرتفاع الدفعات الغرزية الجزئية لدى المقامرين .

وينقسم هذا الفرض لأربع فروض فرعية تتمثل فيما يلى :

أ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد النظارية، فى إتجاة إرتفاع النظارية لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (أ) المنشق من الفرض الثانى، قام الباحث باتباع الخطوات التالية .

١- حساب قيم متوسطات الدرجات والإنحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين المرضى على بُعد النظارية، حيث (ن=٣٠)، والتى حصل عليها أيضاً غير المقامرين على نفس البُعد، حيث (ن=٣٠) ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول (٣١)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية

لدرجات بُعد النظارية لدى مجموعتى الدراسة

النظارية / مجموعة	المتوسطات الحسابية	الإنحرافات المعيارية
المقامرين	٥٤ر٤٣	٣ر١٥
غير المقامرين	٤٧ر٥٣٠	٥ر٢٣

٢- كما قام الباحث بحساب الفروق بين المتوسطات لدرجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبُعد النظارية، وذلك باستخدام إختبار (ت)، ويتضح ذلك من الجدول التالى .

جدول(٣٢)

يوضح المتوسط الحسابى والإنحراف المعيارى ودلالة الفروق باستخدام

إختيار (ت) لمجموعتى الدراسة على بُعد النظارية

العينة / البُعد	المقامرين		غير المقامرين		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المستوى الحسابى	الإنحراف المعيارى	الإنحراف المعيارى	المستوى الحسابى		
النظارية	٤٣ر٥٤	١٥ر٣	٥٣ر٤٧	٢٣ر٥	١٠ر٦	٠١ر٠

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد النظارية، حيث كانت قيمة (ت) دالة إحصائية عند مستوى (٠١ر) مما يعنى إرتفاع النظارية لدى مجموعة المقامرين .

تفسير الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الثانى :

توضح نتيجة الفرض الفرعى (أ) والمشتق من الفرض الثانى، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد النظارية، فى إتجاة إرتفاع النظارية لدى المقامرين، حيث كانت قيمة (ت) = (١٠ر٦) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر).

ويمكن تفسير ذلك بأن النظارية وإستراق النظر، من أهم العمليات لدى المقامر، سواء كان ذلك أثناء ممارسة المقامرة أو فى الحياة اليومية، فعن طريق إستراق النظر يستطيع المقامر أن يحقق فوزاً مضموناً يعفيه مشقة التفكير، فمن خلال النظر يستطيع المقامر أن يكون أقدر على التنبؤ والفهم. وكلما كانت لدى المقامر المهارة فى النظارية، كلما كان أكثر فوزاً، وكأن إستراق النظر أصبح من المهارات الأساسية فى المقامرة، والتى لا ينظر لها المقامر على أنها نوع من المقصود إلا (أثناء اللعب)، لكنه فى مستوى آخر، ينظر إليها (بعد اللعب) على أنها مهارة يفتخر بها .

وتبدو أهمية النظارية وسرقة النظر لدى المقامر، أثناء الممارسة الجماعية للمقامرة، إذا

يعتمد الفوز لدرجة كبيرة على إستراق النظر من الفريق الآخر كما يعتمد أيضاً على معرفة أعضاء الفريق الواحد لأوراقه، ولا يتم ذلك إلا من خلال تفسير الحركات والايماءات وفك الرموز والشفرات من خلال نظرات سرية واتصال غير لفظى يعتمد كلية على إستراق النظر، أو ما يطلق عليه الباحث «اللغة الصامتة» Silent language .

وترتفع معدلات النظارية لدى المقامرين عن غير المقامرين، لأنها ربما تنتقل من الموائد الخضر إلى الحياة اليومية، فتصبح خاصية أساسية من خصائص المقامر، فتجده دائماً يحاول أن يكشف أسرار الآخرين و،يتحسس ويتلصص عليهم، سواء كان ذلك يخدم مصالحه أو لا يخدمها، وكأنما هو يحاول أن يجد نفسه بالبحث عنها خارج حدود الذات، وهو بحث شاذ مريض. وربما كان المقامر أكثر نظارية لأن إستراق النظر يؤدى لنوع من الإثارة والتشويق، وهو ما يبحث عنه كثير من المقامرين المرضيين الذين يرون أن إستراق النظر فى، بعض الأحيان، يكون وسيلة وغاية معاً، فالمقامر قد ينظر من أجل النظر، وربما يصل الأمر لحد القهر الذى لا يجد المقامر منه مفر، فتجده مدفوعاً لسرقة النظر سواء كان ذلك فى أثناء المقامرة أو فى الحياة اليومية، وما يدل على ذلك أن بعض المقامرين أثناء ممارسة المقامرة، قد يملك من أوراق اللعب ما يمكنه من الفوز بسهولة، إلا أنه مع ذلك يجد نفسه مدفوعاً بالتلصص وإستراق النظر من الآخرين .

ويرى (أورفورد) أن النظارية يمكن النظر لها باعتبارها سمة أساسية لدى الإنسان، إلا أنها تختلف من حيث درجتها بناء على طبيعة أنشطة الفرد اليومية،فنجدها بوضوح لدى الأفراد المدمنين للكحوليات، والمقامر المرضى، وذوى السلوك الجنسى المفرط. ويذكر (أورفورد) أن النظارية فى علاقتها بسلوك المقامرة، يمكن النظر لها باعتبارها أحد الأدوات الهامة التى يستخدمها المقامر للتغلب على الخصم. ***(orford, 1978, p. 244)***

ويشير (ماز) إلى أن المقامرين المرضي، أصحاب التاريخ الطويل فى المقامرة، عادة ما يتفاءلون بوجود إمرأة بجانبهم أثناء اللعب، وليس أى إمرأة، بل إمرأة محددة، قد لا يستطيع المقامر أن يمارس المقامرة دون أن تكون بجواره، ويطلق على هذه المرأة مصطلح (المرأة اللعوب) أو المرأة جالبة الحظ (Lady Luck)، ويشير (ماز) إلى أن التحليل النفسى يشير

لهذه المرأة على أنها تلعب دور الأم، إلا أن لها دور آخر يتمثل فى الاحساس بالتفاؤل من قبل المقامر، أو نقل أسرار اللعب للطرف الآخر، والذى لا يتم إلا عن طريق لفة صامتة تلعب فيها النظارية الدور الاساسى الذى يحدد المكسب أو الخسارة . *(Maze, J. 1987, p.12)*

ويشير (سمبث) إلى أن المفامرة لدى المراهقين نعتمد .إعتماداً كبيراً على الخداع والتحليل فى اللعب، فيستخدم المقامرون أساليب كثيرة فى ذلك. من أهمها أساليب التفاعل غير اللفظى إما عن طريق الحركات والايماءات أو عن طريق النظر، أو ما يعرف بالانصال البصرى (eyc contact)، الذى يطلق عليه (سميث) مصطلح (السرقة عن طريق العين). وينظر كثير من المقامرين إلى أن هذه الأساليب تعبر عن المهارة، أكثر مما تعبر عن الخداع، وينظرون إليها نظرة مقبولة كما أن كثير من المراهقين المقامرين يفتخرون بقدرتهم على التفاهم البصرى وخداع الأطراف الأخرى المتنافسة . *(Smith, S. 1998, p.122)*

ويوضح (موران) إلى أن سلوك المقامرة يعتبر أحد أشكال الإدمان، مثله مثل إدمان الكوكايبن والمورفين والهروين، ومع وصول هذا السلوك إلى مرحلة الإدمان تظهر بعض السلوكيات الشاذة والغريبة، مثل السلوكيات الجنسية الشاذة والمفرطة وأهمها الرغبة الملحة فى النظارية، والسلوكيات المضادة للمجتمع . *(Moran, E, 1970, p.166)*

الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد الاستعراضية فى إتجاة إرتفاع الاستعراضية لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

١- حساب قيم المتوسطات الحسابية والإنحرفات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين المرضى على بُعد الاستعراضية، حيث (ن=٣٠) وكذلك الدرجات التى حصل عليها مجموعة غير المقامرين على نفس البُعد، حيث (ن=٣٠) ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول(٣٣)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية

لدرجات بُعد الاستعراضية لدى مجموعتى الدراسة

الاستعراضية / مجموعة	المتوسطات الحسابية	الإنحرافات المعيارية
المقامرين	٦٣ر٤٤	٢٨ر٤
غير المقامرين	٤٣ر٤٥	٣٩ر٩

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات غير المقامرين أكبر قليلاً من متوسطات درجات المقامرين على بعد الاستعراضية .

٢- قام الباحث بحساب الفروق بين لمتوسطات درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبُعد الاستعراضية، وذلك باستخدام إختبار (ت)، ويتضح ذلك من الجدول التالى :

جدول(٣٤)

يوضح المتوسط الحسابى والإنحراف المعيارى ودلالة الفروق باستخدام

إختبار (ت) لمجموعتى الدراسة على بُعد الإستعراضية

العينة / البُعد	المقامرين		غير المقامرين		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
الإستعراضية	٦٣ر٤٤	٢٨ر٤	٤٣ر٤٥	٣٩ر٩	٤٠٪	غير دالة

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد الإستعراضية، حيث كانت قيمة (ت) (٤٠٪) غير دالة إحصائياً .

تفسير نتيجة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى :

توضح نتيجة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الثانى، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين منوسطات درجات المقامربن وغبر المقامرين على بُعد الاستعراضية، حبث كانت قيمة (ت)= (٠٤١ر) وهى غير دالة إحصائياً ويجب أن نشير فى البداية إلى أن عدم وجود دلالة، وكذلك عدم صحة الفرض المقترح للدراسة لا يعنى عدم الوصول لنتيجة، بل إن عدم تأكيد الفرض وعدم وجود دلالة، هو فى حد ذاتة نتيجة .

ويمكن تفسير ذلك من خلال ما يراه الباحث، فى أن الدرجة العالية على النظارية ربما تعمل على خفض الدرجة على الإستعراضية، فالنظارية إنخفاض من الفعل إلى المشاهدة، ولكن سراً وخفية، أما الإستعراضية فهى فعل علنى يفتخر به الفرد أمام الآخرين، وهو ما يعنى أن البعدبن (النظارية والإستعراضية) مختلفين من حيث الشكل والأسلوب، لكن المضمون والهدف واحد، وهو تحقيق الإثارة والتشويق سواء للذات أو للآخرين، وأن كان هناك هدف ثالث يريد أن يحققة المقامر للآخرين، وهو المباغتة والدهشة، وطالما أن التشويق والإثارة والدهشة والمباغنة، قد تم تحقيقها عن طريق النظارية وإستراق النظر، فإن المبل إلى الإستعراضية بنخفض .

وقد أشار الفرض إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المقامرين وغير المقامرين بالنسبة للاستعراضية، ولا يعنى ذلك أن المقامرين ليس لديهم ميول إستعراضية، بقدر ما يعنى أن درجة إستعراضيتهم أقل من إستعراضية المجموعة الأخرى «غير المقامرين»، وكما أوضحنا فإن ذلك يرجع إلى إرتفاع الدرجة على النظارية، هذا بجانب أن الإستعراضية لدى عينة المقامرين لم تكن إستعراضية مرضية، يحل فيها الإستعراض محل الهدف الحقيقى، سواء كان هذا الهدف، هو الفوز أو الشعور بتقدير الذات أو إنتزاع الإعتراف بقيمة الذات .

فالمقامر إستعراضى يهدف لإثارة الآخرين وجذب الانتباه، ويهدف من وراء ذلك إلى تأكيد ذاته ليشعر بأنه قوى ومسيطر وقادر على التحكم فى كل الموضوعات، وكأنه العفريت الذى يقوم بعمل كل شئ، حتى يكون دائماً هو الأفضل، وهذا ما يدفعه إلى المخاطرة بنفسه والاعتقاد الوهمى بالقدرة على التحكم illusion of control. والإستعراضية لدى المقامر

تبين له أنه حر وأن بمقدوره تحقيق ذاته من خلال إنتزاع الدهشة من عيون الآخرين، ورغم أن ذلك التحقيق للذات، يكون خيالياً ووهمياً، إلا أنه يحقق للمقامر نوعاً من التوازن، وذلك التوازن أقل ما يمكن أن يوصف به، أنه شاذ ومريض ويتمسك بحبال الوهم .

ويشير (فوللر) إلى أن المقامر إستعراضى، لكن السلوك الاستعراضى لدية إنتقل من المجال الجنسى إلى حلبات المقامرة، فالإثارة التى يحصل عليها من خلال الجنس لم تعد كافية لاشباع الطاقة الاستعراضية بفعل الازاحة .

ولا يحدث ذلك إلا مع المقامرين المرضى والمحترفين فى نفس الوقت، إذ تحقق لهم المقامرة نوعاً من الإشباع عن طريق إرضاء غرورهم بالانتصار على الخصوم، والأعداء الوهميين، فغالباً ما يرمز الخصم فى المقامرة إلى شخص فى الحياة اليومية أدى بالمقامر لكثير من الاحباطات، فيؤدى الانتصار عليه إلى نوع من الزهو والإستعراض الذى يعيد للذات كرامتها من جديد، وكل ذلك يتم فى شكل خيالى بعيد عن الواقع.

ويشير (فوللر) إلى أن بعض المقامرين الذين يفشلون فى تحقيق الفوز فى المقامرة، فإن هذا يعنى بالنسبة لهم الفشل فى الزهو والإستعراض، مما يدفعهم لكثرة الكذب على المحيطين بهم من حيث أنهم قد حققوا إنتصارات كبيرة فى المقامرة بفضل مهارتهم فى المقامرة وذكاءهم، وفى بعض الأحيان يتجه المقامر المهزوم لأنواع أخرى من الإستعراض مثل الجنس أو المبالغة فى وهم القدرة على التحكم وسلوك المخاطرة، وتعظيم الذات. والمقامر المنتصر بالطبع لا يكون بحاجة إلى هذه العوامل، إذ أن المقامرة وحدها تغنيه مشقة كل هذه الأفعال، لان ينظر لها المقامر على أنها طريق مختصر وسهل وسريع لتحقيق توازن الذات .

(Fuller, p. 1974, p.131)

من خلال ذلك نستطيع أن نقول أن الإستعراضية لدى المقامر تعتبر أداة يستخدمها المقامر فى لحظات الضعف، وكأنها بذلك تعبير عن (ألاليت)، أى أنها رغبة وأمنية، وبذلك فهى رغبة مهلوسة، فقد علمنا فرويد أنه عندما يغيب الشئ، لابد أن يهلوس. أى أن الإستعراضية قدرة ما لا قدرة له .

أما عندما يكون لدى المقامر مبرر لأن يزهو ويستعرض لانتصار حقه أو لمجرد مهارة أظهرها، فإن يبالغ أكثر مما يجب فى الإستعراض، أو إن شئت فقل يستعرض بإنتقام .

الفرض الفرعى (حـ) المشتق من الفرض الثانى

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد السادية، فى إتجاة إرتفاع السادية لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث إتباع الخطوات التالية .

١- حساب قيم المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين المرضى على بُعد السادية، حيث (ن = ٣٠) . وكذلك الدرجات التى حصل عليها مجموعة غير المقامرين على نفس البُعد، حيث (ن=٣٠) ويتضح ذلك من الجدول التالى .

جدول(٣٥)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات بعُد السادية لدى مجموعتى الدراسة

السادية / مجموعة	المتوسطات الحسابية	الإنحرافات المعيارية
المقامرين	٥٩٫٦٣	٤٫١٣
غير المقامرين	٤٨٫٣٣	٤٫٧١

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المقامرين أكبر من متوسطات درجات غير المقامرين، وذلك على بعد السادية .

٢- كما قام الباحث بحساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبُعد السادية، وذلك باستخدام إختبار (ت). ويتضح ذلك من الجدول التالى .

جدول (٣٦)

يوضح الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة

بالنسبة لبُعد السادية

العينة / البعد	المقامرين		غير المقامرين		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
السادية	٥٩ر٦٣ ،	٤ر١٣	٤٨ر٣٣	٤ر٧١	٩ر٧٤	٠ر٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بعد السادية، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠ر٠١) وهذا يعنى إرتفاع السادية لدى مجموعة المقامرين .

تفسير الفرض الفرعى (حـ) المشتق من الفرض الثانى :

توضح نتيجة الفرض الفرعى (حـ) المشتق من الفرض الثانى، أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد السادية، فى إتجاة إرتفاع السادية للمقامرين. حيث كانت قيمة (ت) = (٩ر٧٤) دالة إحضائية، عند مستوى (٠١ر).

ويمكن تفسير ذلك فى ضوء أن المقامر سادى، فهو حاقد ومنتقم ويتلذذ بعذاب الآخرين، وكأن السادية لديه أصبحت قاعدة وقانون ، لذا فهو لا يقاوم ساديته وإنما يعمل وفق نظامها، إذ أنه مدفوع بها ولها، لذا فهو لا يستطيع مقاومة السادية، وعندما يفعل ذلك تنقلب السادية إلى مازوخية، ولكنه إنقلاب وقتى ينتقل من حالة إلى أخرى، من سادية إلى مازوخية، وكأن حال المقامر كالسفينة تسبح على الماء ومع الماء وضد الماء، وما ذلك إلا للوصول إلى التوازن النفسى.

وتبدو سادية المقامر فى ،أنه دائماً منشغل بتنظيم أحقاده على الآخرين حتى يتخارج ما بداخله من ألم وحرمان وملل إليهم، لذا نقول أن المقامر لديه علاقات شخصية وليس لديه أصدقاء .

والسؤال الذى يطرح نفسه: لماذا أصبح المقامر ساديا؟ إن المقامر أصبح كذلك لأن إرادته تضطرب بسهولة، مما يؤدى لعدم التوازن النفسى لديه وهو فى محاولته إستعادة التوازن، يكون ذو فكر شاذ ومريض، يجعله يرى فى السلوك السادى الوسيلة الوحيدة للعودة من جديد لحالة التوازن وكلما يجد المقامر نفسة فى حالة من عدم التوازن، برغم السادية الشديدة على الآخرين، يكثر من السادية ويفرط فيها، إلى أن يصل للمرحلة التى يدرك معها أن هذه السادية قد فشلت فى تحقيق التوازن النفسى، وأن كانت قد حققت بعضاً من اللذه المؤقتة، وهنا تتحول السادية لطرق أخرى فتصبح مازوخية، فبدلاً من أن يتجة العدوان نحو الآخرين يتجه نحو الذات. فالمقامر إذ يحقق عدوانه على الآخر، يشعر بنوع من السعادة، وهو أيضاً يقاسى كثيراً لتحقيق هذه السعادة وأنه موزع بين الكراهية والحقد والنيل من الآخرين .

وتظهر سادية المقامر فى أنه بنرجسيته التى تحاول دائماً أن تضع الآخر تحت إمرة الذات، حتى تتسنى اللحظة المناسبة لاختراقة.

وهنا لابد أن نشير إلى أن السادية فى علاقتها بالنرجسية لدى المقامر، تجعل منه شخصاً واهماً يظن أنه قادر على كل شئ، وأنه بالسادية يتمكن من تحقيق الغلبة على الآخرين. والغريب أن المقامر لا يريد موضوعاً سهلاً لكى يخرج ساديتة عليه، بل يهوى الموضوع الصعب، وهو ما بوضح ما لدى المقامر من طاقة سادية كبيرة، تحتاج لموضوع صعب المنال كى يكون قادراً على إنتزاع هذه الطاقة الكبيرة والكثيرة معاً. ومن ناحية أخرى، يوضح لنا ذلك أن المقامر يهدف للرغبة فى الإثارة والتشويق وحب المخاطرة إذ أن السادية إن لم تتمكن من التخارج بعيداً عن حدود الذات، فإنها ستنقلب إلى الذات «مازوخية» .

ولا تقف سادية المقامر عند حد هدم الآخرين والتلذذ بايلامهم والحقد عليهم، بل تشمل أيضاً عدم الرغبة فى التسامح أو التساهل مع الآخرين وتضارب القيم لدية .

ويرى (بيل) أن سلوك المقامرة يؤدى بطبيعتة إلى السادية، إذ أن من طبيعة المقامرة العدوان والرغبة فى القضاء على الآخرين، وما الإفراط فى المخاطرة لدى المقامر، إلا تعبير عن السادية المفرطة التى يمارسها المقامر ضد من ينافسونة . ***(Bell, B. 1993, p. 112)***

الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الثانى

يشير الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الثانى إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد المازوخية، فى إتجاة إرتفاع المازوخية لدى المقامرين .

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث بما يلى :

١- حساب قيم المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية التى حصل عليها مجموعة المقامرين على بُعد المازوخية، حيث (ن = ٣٠) وكذلك الدرجات التى حصل عليها مجموعة غير المقامرين على نفس البُعد، حيث (ن = ٣٠)، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالى .

جدول(٣٧)

يوضح فروق المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية لدرجات بُعد المازوخية لدى مجموعتى الدراسة

المازوخية / مجموعة	المتوسطات الحسابية	الإنحرافات المعيارية
المقامرين	٦٣ر٣٠	٣ر٩٨
غير المقامرين	٤٨ر٢٠	٥ر٣٠

يتضح من الجدول السابق أن متوسطات درجات المقامرين أكبر من متوسطات درجات غير المقامرين وذلك على بُعد المازوخية .

٢- قام الباحث بحساب الفروق بين المتوسطات لدرجات مجموعتى الدراسة بالنسبة لبعد المازوخية، وذلك باستخدام إختبار (ت)، ويتضح ذلك من الجدول التالى .

جدول (٣٨)

يوضح الفروق بين متوسطات درجات مجموعتى الدراسة

بالنسبة لبُعد المازوخية

العينة / البعد	المقامرين		غير المقامرين		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى	المتوسط الحسابى	الإنحراف المعيارى		
المازوخية	٦٣ر٣٠	٣ر٩٨	٤٨ر٢٠	٥ر٣٠	١٢ر٢٧	٠ر٠١

يتضح من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين، وغير المقامرين على بُعد المازوخية، حيث كانت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر) وهذا يعنى إرتفاع المازوخية لدى مجموعة المقامرين .

تفسير الفرض (د) المشتق من الفرض الثانى

يشير الفرض (د) المشتق من الفرض الثانى إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على بُعد المازوخية فى إتجاة إرتفاع المازوخية لدى المقامرين، حيث كانت قيمة (ت) = (١٢ر٢٧) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر) .

ولتفسير ذلك نشير إلى أن المقامر مازوخى الطبع، فبرغم أنه يتعذب بالمقامرة إلا أنه يشعر باللذة والنشوة من ممارستها، ورغم آثارها الضارة إلا أنه يجد فيها متعة لا تقاوم، وكثير من المقامرين يعلمون جيداً أن المقامرة هدامة وباعثة على الفقر والألم، إلا أنهم يتمسكون بها، وتجد بعضاً منهم يريد التخلص منها ولكنه لا يستطيع، أما الغالبية لا تربد ذلك حتى لو كانت لديها القدرة. والمقامر مازوخى لأنه يملك أنا أعلى شديد القسوة،ولا يستطيع أن يختلف معه أبداً وفى ذلك يقول (فرويد) "الأنا الأعلى سادى، فأصبح الأنا مازوخياً وبذلك قدم الأنا نفسة بوصفة الضحية" . (*سيجموند فرويد، ١٩٧٥، ١٠٥*) ويشير (فرويد) إلى أن المقامر مازوخى ويرغب فى الخسارة وليس الفوز، وذلك لمعاقبة ذاتة، فهو بالمقامرة يريد عقاب الوالدين، مما يبعث فى نفسه الشعور بالذنب، فيحاول عقاب نفسه لا شعورياً بالخسارة، وفى بعض الأحيان نجد أن المقامر بدلاً من أن يعاقب والدية يعاقب ذاتة، ويستطرد (فرويد) ليشير إلى

أكثر من ذلك، حيث يذكر أن المقامرة يمكن أن تفسر فى ضوء المازوخية الأنثوية، حيث تعبر الخسارة بطريقة رمزية من فوز المقامر بحب والده الذى يكافئه على إخلاصه وفناءه وعلى ما لحق به من ألم، فالخسارة هنا تساوى الحب، ومعنى أن يخسر المقامر، أنه يعانى شيئاً، وما الحب إلا نوعاً من المعاناة. ***(Jackie, F. et. al. 1999, p.13)*** وقد اتضح ذلك من خلال تحليل (فرويد) لديستويفسكى، الذى كان لا يكف عن اللعب حتى يخسر آخر ما لدية من نقود، وكان يشعر بعدها بلذه مرضية، كما أنه لم يبدع أدبياً إلا بعد الخسارة الفادحة وتوبيخ زوجته له . ***(مصطفى زيور، ١٩٨٦، ٣٣٨)***

ويرى (بيرجلر) أيضاً أن المقامر مازوخى، إذ أن لديه ميل عصابى لأن يخسر، فالهدف هو الخسارة وليس المكسب، ومهما حاول المقامرين أن يقولوا أن الهدف هو الحصول على المال او الرغبة فى الإثارة والمخاطرة فإن الهدف الاساسى لهم هو الإشباع المازوخى .

(Bergler, E, 1970, p.221)

فالمقامر لا يريد المال بقدر ما يريد التمتع بنشوة الألم والأذى عن طريق الخسارة والتعامل مع الصدق، ***(فخرى الدماغ، ١٩٨٦، ٦١)***

ويرى الباحث أن المقامر مازوخى، نظراً لطبيعته النرجسيه، فالمازوخية على عكس ما يتوقع البعض، هى نرجسية، إذاً أن الألم لدي المقامر يجعله يرتد إلى ذاته وينقطع عن العالم من حولة إنقطاع نسبى، يحاول من خلاله أن يسحب الليبدو الموضوعى objective libido فى الأنا ليصبح ليبدو نرجسى يستطيع من خلاله أن يعيد للذات قواها من جديد، فالمازوخية أتاحت للمقامر أن يلتقى من جديد بنرحسيته. وتصل مازوخية المقامر لأقصى حد لها عندما يقدم على الإنتحار، الذى هو فى الأصل نوع من النرجسية، إذ لا يستطيع المقامر أن يقتل العالم من حوله فيقتل نفسه. ويرى الباحث أن من بين الأسباب التى تجعل المقامر مازوخى، هو الاعتقاد الوهمى لديه فى أن الألم لابد وأن يتبعه لذه وسعادة، وعلى قدر كثرة الألم، على قدر ما تكون اللذه والسعادة، ويفسر لنا هذا الاعتقاد كيف أن المقامر يشعر باللذة وهو يتألم، فما ذلك إلا لأنه يتوهم أن السعادة فى الطريق إليه، ومع تكرار الانتظار للذه أن تأتى، يكون الانتظار دون أمل، فيتحول المقامر من مازوخى إلى سادى .

ثانياً: بالنسبة للدراسة الكلينيكية

مقدمة:

المقامرة: ظاهرة أقل ما يمكن أن توصف به، أنها (مرض)، ترى فيها المقامر وقد قتل نفسه من أجل أناس يتقاتلون على قتله، حتى أن كلمة (مقامرة) هى كلمة إخترعها أصحاب الموائد الخضر لتكون على وزن (مقاتلة) أو (مغامرة) أو (مخاطرة)، إذ يبدو المقامر كغريق، بدلاً من أن تلقى له المقامرة بطرف الحبل، ألقت له بالحبل كله، وعندها قرر أن يكون مخاطراً ومخادعاً وحاقداً ومنتقم وثائراً.. بشرط ألا يعرف أحداً ذلك.

وإذا كان الأمر كذلك، فإن مهمة الكلينيكى هى أن ينجح فى وضع يده على ما قد يكون فى أقاويل المقامر من أوهام ذاتية أو يقين كاذب، أو أخيلة سرابية، فليست مهمة المحلل النفسى سوى إزاحة النقاب عن ذلك الفصل المطوى من فصول التاريخ الشخصى المرسوم بطابع الفراغ والخواء، حتى يسمح للمريض باستعادة كل تاريخه الزمنى وأخذه على عاتقه، أى أن المهمة تتلخص فى رأب الصدع، حتى لا تبقى الذات منقسمة، غائبة عن ذاتها. ولقد كان (هزيود) يقول: «إن الأمراض سواء أكانت مما يجئ بالنهار أو مما يجئ بالليل، نزور الناس كيفما راق لها، جالبة الألم لجماعة البشر الفانين، ولكن في صمت، لأن (زيوس) الحكيم قد شاء أن يحرمها نعمة الكلام» أما (فرويد) فقد أخذ على عاتقة أن يبين لنا أن هناك أمراض تتكلم، وأنه لا بد لنا أن نتعلم كيف نفهم حقيقة ما نقوله، صحيح أن اللاشعور يمثل – فى تاريخ كل إنسان – ذلك الفصل الذى يمثل اللغز والأحجية والطلسم، ولكن من الممكن مع ذلك الكشف عن حقيقته من خلال آثار ووثائق ودلالات لفظية وتراث شخصى، وكل ما من شأنه أن يسمح بفض أسرار لغة المرض النفسى. فما دعوة (لاكان) بالعودة إلى فرويد، إلا بعودة إلى اللغة ودراسة اللاشعور باعتباره لغة تملك بنية خاصة، ولا غرو، فقد أظهرنا فرويد على أن ثمة أمراض تتكلم، كما أنه أخذ على عاتقه أن يسمعنا حقيقة ما تنطق به ***(زكريا إبراهيم، ١٩٨٣، ١٣١)***.

معنى ذلك أن اللاشعور عند (فرويد) لم يكن بمثابة مخزن أو مستودع للغرائز، وانما عبارة عن موضع خاص، ينفرد بميزة القول والكلام، وهذا هو السبب فى أن (لاكان) كان يشبه

فرويد بشامبليون، فقد علمنا فرويد أن نفض شفرات لغة اللاشعور فى كل مكان، سواء كان ذلك فى الأحلام ،التى هى مجرد ألاعيب لغوية رمزية، أم فى الأمراض، حيث يمثل عرض المرض (دالا) لا (مدلول) قد تم كبته عن الشعور، أم فى الجنون الذى هو بمثابة كلام لم ينجح صاحبة فى التعبير عن نفسه، أو هو كلام بلا ذات، صحيح أن فرويد عندما يتحدث عن الكبت، فإن ظاهر حديثه، قد يوحى بأنه كبت لشئ، ولكن فى الحقيقة هو كبت لمقال، أو حديث ذى بنية خاصة، وأن هذا الحديث قد يعمل تماماً وهو خارج عن الذات، وهذا ما جعل (لاكان) يقول «إننى أفكر حيث لا أوجد وأوجد حيث لا أفكر»، ولما كانت الصلة وثيقة بين اللغة والنظام الرمزى، فإن فى وسعنا أن نقول أنه من الخطأ تصور النظام الرمزى، على أنه نتاج من صنع الانسان، فى حين أن الانسان نفسه هو مجرد نتاج لهذا النظام الرمزى. ومعني ذلك أن «الدال» يسكن الانسان ويندمج فى نظامه الخاص، دون أن يكون الانسان نفسه هو الذى أنشئه، ولعل هذا هو جوهر الكشف الفرويدى كما يتبدى فى كتابة الضخم «تفسير الأحلام» وكما يتجلى بصفة خاصة من خلال تحليله لحالة (دورا) حيث نزاهه يقول «إنه حين تصمت الشفتان، فلا بد من أن تثرثر اليدان» ولا غرو فانه لو نسى الانسان «الدال» فإن الدال نفسه لن ينساه ابداً والواقع أننا لو تساءلنا عن مصدر تلك اللغة التى تتكلم عبر كل فجوات المقال البشرى، لوجدنا ان هذا المصدر إنما هو الرغبة، فإذا كانت اللغة قتل للشئ، فإن هذا القتل هو فى الآن نفسه تخليد للرغبة نظراً لأن اللغة تحيل الشئ إلى رمز، فالسبيل الأوحد لتحرير كلام الذات، إنما يكون باستدراجه لعالم الرغبة، فالفرد لا يمكنه عندما يتكلم سوى تمرير «حاجته المزعومة التى يريد إرضاءها عبر بعض الطلبات، أى عبر اللغة» ***(فيلب شملا، ١٩٨٨، ٩، ١٠).***

وإذا كانت اللغة تعبر عن الرغبة، فإن الرغبة هى دائماً رغبة فى آخر، بمعنى أنها رغبة فى رغبة آخر، أى أنها رغبة فى إنتزاع إعتراف الآخر بصميم رغبة الذات، فإذا كان (أرسطو) قد عرف الانسان بلغة منطقة من حيث أنه الإنسان العارف، فإن فرويد قد عرف الإنسان بلغة رغبته ***(مصطفى زيور، ١٩٨٥، ٥٦)*** والرغبة دائما تعبر عن الخيال، فلما كان الانسان قد إخترع طريقة تعفيه فى كثير من الأحيان مشقة العمل، ألا وهى اللغة، فقد أصبحت رقعة الممكنات البشرية هى من السعة بحيث أن العالم العقلى التجريدى قد يختلط عليه بالعالم

الواقعى التجريبى، فالفاصل دقيق جداً بين الواقع والوهم، وبين الحقيقة والخيال، بين الموجود والممكن، فنحن كثيرا ما نجهل أنفسنا، وأنظارنا مصوبة إلى ما نريد أن نكونه، لا إلى ما نحن كائنوه بالفعل، كل هذه المستويات تتداخل وتتشابك داخل الفرد الذى لا يملك كينونة حقيقية، بل صيرورة متغيرة زائفة، ينتقل فيها من الممكن إلى الواقعى، ومن الواقعى إلى اللاواقعى، ومن العرضى الى الضرورى، ومن الضرورى إلى المحتمل، ومن المحتمل إلى المحال، فليس بدعاً أن يكون قوام الحياة البشرية هو الإلتباس والغموض والاشتباه ***(زكريا إبراهيم، ١٩٨٣، ٦٦)***.

وهذا هو حال الكلينيكى والمحلل النفسى الذى يجد نفسه بإزاء خليط من الرموز المشوشة، الذى قد لا يعرف فى البداية ماذا عساه صانع بها، خصوصاً حين يكون بإزاء مقتطفات صغيرة من الأحلام والأعراض المرضية، التى لا يكاد يعرف دلالتها، أو المكانة التى تشغلها فى صميم تاريخ المريض، ومع هذا فإن كل هذه الرموز أو الدلالات إنما تؤلف خيوطا متشابكة يمكن أن تلتحم فى نسيج واحد، فإذا كان الرمز يشير دائما إلى ضرب من الغياب، فانه فى الآن نفسه، يملك وحدة تعبر عن إنتسابه الى ذات واحدة فريدة، فالحالة الهستيرية التى أصيبت بها (دورا) مع ما اقترن بها من سعال شديد لم تكن تملك أى معنى حقيقى، اللهم إلا بالإحالة إلى تاريخ المريضة ومجموعة الرموز التى سيطرت على كل مرضها، كما أن هلوسة الاصبع المقطوع لدي رجل الذئاب لم تكتسب كل قيمها، إلا بالقياس لمجموع المواد التى كشف عنها التحليل النفسى، من هنا يتضح لنا أن مهمة الكلينيكى أن ينظر لما وراء الاشياء من دلالات بعمق وفهم وتفسير وتحليل للبنية التحتية دون الوقوف عند بناء ظاهر لا يستطيع من خلاله ان نحول الوقائع - إلى حقائق. وهذا بدوره دفعنا لان نتناول الجانب الكلينيكى كى نحلل العلاقة الطرحية للمقامرين، وكذلك المقاومة والكشف عن اللاشعور والعلاقة بالموضوعات. وهذا ما جعلـنا نقوم بعمل مقابلات كلينيكية مع كل فرد من افراد الجماعة العلاجية، لتقديم خطة علاجية تساعد المقامر على التخلص من المقامرة، وهو ما سوف نوضحه فى الحالات الكلينيكية التالية:

الحالة الأولى

الإسم : رياض

السن : ٢٧ سنة

المستوى التعليمى : جامعى «تربية نوعية»

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية	
الدرجة الخام	الدرجة التائية
١٧	٦٤

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٢٠	٦٧

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢٧	٥١
الاستعراضية	١٥	٤٩
السادية	٣٢	٦٥
المازوخية	٣٦	٧٠

المقابلة الكلينيكية:

رياض: شاب فى السابعة والعشرين من عمره، تخرج من كلية التربية النوعية له من الصفات الشاذة والمعتقدات الغريبة ما يثير الفضول، ويذكى الحوار والجدال والنقاش، فليس ثمة نهاية للحوار معه، لانه لا يكف عن التعجب والتساؤل والسخرية، كما أنه يرى فى نفسه كائن مشكل، أصبحت مشاكله كألف ليلة دليلة، ليس فيها نهاية حاسمة، وإنما على الدوام، هناك بداية متجددة، فهو ليس إنساناً جاهلاً، وإنما عارفاً للكثير من الأمور، لكن الصحيح لا يعرفه، وما يعرفه خطأ. يلعب من أجل المال، ويرى أن الفقر ليس عيباً، ولكنه اسوأ من العيب. تعبيراته مهذبة، لكن رغباته قبيحة، إذ يرى أنه من الحكمة أن تكون مهذباً حتى عندما تنوى أن تكون غير ذلك، (عديم الاخلاق والأدب)، ومع كل ذلك تجده يفعل أكثر مما يجرؤ عليه الآخرين، فهو لا يحب ولا يخاف ولا يخشى أحداً وتجده لا يحزن إلا عندما يتحدث عن المقامرة وكذلك يحزن كل من يستمع إليه، فقد ضحى بكثير من الفضائل من أجل سعادته التى ظن أنها فى المقامرة، فضاع المال والأصدقاء والآخرين الذى يعتمد عليهم، لذا فإن مصدر عذابة ليس ما يعانيه ولكن ما يفقدة، ويصل ألمة لأعلى درجاتة عندما يشعر أن عذابة لا يعذب أحد. مما جعلة فى النهاية لا يحيا إلا بالأعداء، إذ يشعر بالوحدة إذا غابوا عنه، فليس ثمة أصدقاء، إنما ثمة أعداء، أو إن شئت فقل (زملاء لعب)، لا يسعده إلا خيبتهم والحديث عن فضائحهم .

من هنا كان لزاماً علينا أن نتعرف على سلوكيات وديناميات تلك الحالة وأن نسبر غور إمكانياتها وقواها وضعفها، لكى نرسم لوحة كلينيكية لا تقف عنه حدود الرصد والتفسير، بل الفهم والتحليل، الذى لا يقنع فقط بالبناء الفوقى وإنما الغوص لأعماق البناء التحتى. ومن أجل ذلك نقوم بعرض المقابلة الكلينيكية ذات رؤوس الموضوعات الهادية .

الشكوى الحالية :

يشعر المفحوص بإحباط شديد من كل شئ يحيط به، وهذا الاحباط ليس من الظروف والأحداث الحالية فقط، بل ومن الأحداث الماضية التى تعرض لها (... الواحد من يوم ما وعى على الدنيا وهو فى مشاكل) وما يشعره بالإحباط ليس لكونة يقف أمام مشاكله مكتوف الأيدى،

ولكن لأن ما يقوم به من أفعال تُبوء فى النهاية بالفشل . (.... طول عمرى، كل لما آجى أحط أيدى على حاجة وخلاص هتتحقق.. تروح منى) فهو يائس، ولا يحزن لهذا اليأس، لأنه يظن أن كل ما ينبغى أن يفعلة، قد قام به على أكمل وجه .

فالقضية فى نظرة ليست جهد وفعل، وإنما أقدار وحظوظ (... عارف: العملية كلها حظ... تلاقى ناس بتموت نفسها وماتخدش حاجة، وناس تانية ما بتعملش أى حاجة وتأخذ كل حاجة).

ويعتقد المفحوص أن السعادة فى الحياة تعتمد علي الصدفة والحظ، وأن كثير من الآلام كان من الممكن تجنبها لو أنه أدرك ذلك منذ وقت مبكر، فإدراك هذه القضية كان كفيل بأن يوفر عليه مشقة الجهد والعمل. لكن مما يزيد من ألمه ومشاكله أنه قد عرف ذلك مؤخراً وأن الحظ لا يأتى فى جانبه وكأنه إعتاد أن يتبعد عنه، ويرى المفحوص أنه إتجة للمقامرة للتخفيف من آلامه والقضاء على ما يشعر به من فراغ، ثم بدأ ينظر لها على أنها قد تحقق له ما لم يستطيع تحقيقة فى سنين كثيرة، وما أن إتضح له أن أضرار المقامرة أكثر بكثير من فوائدها، حاول الهروب منها، لكنه وجد نفسه بدلاً من أن يهرب منها، يهرب إليها، فما يعذبة ضعفة الشديد أمام المقامرة، فهو إنسان يملك من الارادة ما يجعلة يفعل الكثير، لكن هذه الارادة تبدو عديمة تماماً أمام المقامرة .

الأسرة وإتجاه المفحوص منها :-

ليس للمحفوص أسرة يعيش معها، فالأم متوفية منذ عشرة أعوام، والأب إن كان على قيد الحياة، فإنه فى نظر المفحوص، مات منذ سنين طويلة إذ أنه (إنفصل) عن الأم ولم (يطلقها) منذ عشرين عاماً، إبان أن كان المفحوص فى السنة الأولى من المرحلة الإبتدائية. وللمفحوص أخوان إحداهما أنثى: وهى الكبيرة، تخرجت من كلية التربية وتعمل هى وزوجها فى إحدى البلدان العربية، أما الأخ الثانى فيعمل هو أيضاً فى أحد البلدان العربية، ونادراً ما يعرف أخبارهم، إذ تبدو العلاقة بين المفحوص وأخوتة شبه مقطوعة . هذا وقد كانت الأم تعمل مديرة لإحدى المدارس الإبتدائية وقبل أن تموت تركت ثروة لا بأس لها لأولادها، وكذلك لزوجها المنفصل عنها، وقد أخذ الزوج كل حقوقه فى الميراث، رغم ثراءه الكبير فقد كان من رجال

الأعمال فى مجال الاستيراد والتصدير . وهو الآن متزوج وله أبناء من زوجته الثانية، ولم يتجاوز عمرة الخامسة والخمسين.

وعن علاقة المفحوص بأبية تبدو العلاقة معدومة تماماً، فنادراً ما يلتقيان، وما أشبة لقاءهما بلقاء الأعداء، فهو يكرهة بشدة، بل وينتظر وفاتة، وذات مرة صرح له بذلك (... قلتلة : هو ربنا ناسيك ليه) .

وعن علاقة المفحوص بالأم · كانت علاقة طيبة للغاية، إذ يرى أنها عانت كثيراً كى تحقق لهم حياة سعيدة، كما أنه كان كثير العطف عليها كى يعوضها عن إنفصال أبيه عنها، وكلما كان يراها مستضعفة، كلما زاد حقدة على أبيه. وقد أدى وفاة الأم إلى صدمة كبيرة لدى المفحوص (... آخر حاجة كنت أتوقعها إن أمى تموت) .

وعن علاقتة بأخوته، يشير المفحوص إلى أنها كانت علاقة قوية جداً أثناء وجود أمه، أما بعد وفاتها ظلت العلاقة قوية لفترة محدودة، ثم ما لبثت أن أصبحت معدومة تماماً، وشابها كثير من المشاكل قبل سفر كلاهما للعمل فى إحدى الدول العربية، حتى أن المفحوص فرح كثيراً بسفرهما للخارج تجنباً للمشاكل .

الطفولة

يشير المفحوص إلى أن مرحلة ما قبل المدرسة، كانت تعبر عن تناقض فى المعاملة ما بين الأب والأم، إذ كان الأب على النقيض تماماً من الأم، كثيراً ما يقسو عليه ويعاقبة على أتفه السلوكيات (... برغم إنى كنت صغير أؤى، بس أنا فاكر له مواقف وحشة كثير أوى معايا) ويرى المفحوص أن الأب كان يعاقبة فى بعض الأحيان عناداً للأم التى كانت كثيرة الشجار معه بسبب ضربه وعقابه، ويذكر المفحوص أن شجاراً عنيفاً حدث بين الأب والأم، نظراً لأن الأب قام بعقابة عن طريق الكى بالنار .

أما علاقة المفحوص بأمة أثناء الطفولة، كانت علاقة دافئة مليئة بالحنان والعطف فكانت الأم تقابل قسوة الأب بحنان مفرط، يتمثل فى تلبية كل رغبات المفحوص ومطالبة، فى أى وقت وبأى طريقة .

وكانت مرحلة المدرسة فى البداية شديدة الصعوبة، إلا أنها كانت من أفضل المراحل فيما بعد، فقد كانت الأم مديرة المدرسة، وكان كل كبير وصغير يدلل المفحوص حتى ينالوا رضاء والدتة التى هى فى الأساس مديرة المدرسة، وكان ذلك لا يقف عند المدرسين والمدرسات، بل يمتد إلى الطلاب. ويرى المفحوص أن مرحلة المدرسة أتاحت له الإنطلاق والحرية ورؤية عالم آخر ملئ بالخبرات، كما أنها كانت فرصة للإبتعاد عن الأب وقسوتة، إذ كان يترك للأم المسئولية الكاملة فى تعليمه، على إعتبار أنها فى الأساس تعمل فى عمل تربوى، وذلك إلى أن حدث الإنفصال بين الأب والأم فى منتصف السنة الأولى من المرحلة الإبتدائية. وأن كان هذا الحدث قد أفرحة كثيراً، إلا أنه بعد ذلك حزن كثيراً لأنه لم يسعد الأم، ورأى أنها لم تعد سعيدة وغابت عنها مظاهر السعادة والفرح، وذلك رغم المشاكل الكثيرة مع الأب. وفى هذه المرحلة كان المفحوص منطوياً على نفسه، ولم يحب الاختلاط بالأصدقاء فى المدرسة، وكان يفضل أن يظل بجوار أمه طوال الوقت .

وبالنسبة للتبول إللاإرادى، يذكر المفحوص أنه ظل لوقت متأخر، وكان ذلك يسبب له كثير من الألم، ولم يتم ضبط التبول إللاإرادى إلا مع بداية المرحلة الأعدادية. وبالنسبة للمشى والكلام، يذكر المفحوص أنه كان مبكراً بالنسبة للكلام، فقد كانت الأم تدربة كثيراً على مخارج الألفاظ والكلمات، أما بالنسبة للمشى فقد كان متأخراً بعض الشئ وإن كان قد حدث مبكراً عن أطفال كثيرون كانوا فى مستوى عمره. وبالنسبة للفطام فقد حدث فى السن الطبيعية له (عامين)، وكانت تذكر له الأم أن فطامة قد مر بصعوبة بالغة، إذ فقد المفحوص الشهية للطعام وتعرض لكثير من الأمراض، وكان عصبى المزاج، وكثير العناد، حتى أن الأم فكرت أن تتراجع عن الفطام، لكنها عدلت عن هذا الرأى. ويذكر المفحوص أن الأم كانت تنظر له فى هذه الفترة على أنه رجل ناضج وليس طفلاً إذ كان يتصرف نحوها تصرف الكبار، فكان لا يحب الجلوس معها، ويرفض منها كل العطايا المادية، حتى أنه فى بعض الأحيان لم يرغب فى النوم معها فى سرير واحد ، كل ذلك بسبب الفطام.

التعليم :

لقد حصل المفحوص على المؤهل الجامعى، فتخرج من كلية التربية النوعية ولم يكن هذا هو طموحة، فقد كان يرغب فى التخرج من كلية الهندسة قسم الالكترونيات، وكان من آثار ذلك أن تعثر فى المرحلة الجامعية، نظراً لأنه لم يكن يحب الكلية ولم تكن طموحة، ويشير المفحوص إلى أنه كان متفوقاً فى المرحلة الإبتدائية والإعدادية، والفضل فى ذلك يرجع إلى والدتة التى كانت قبل أن تكون أم، كانت تملك مهارة تربوية من الدرجة الأولى. لكن إنخفض المستوى التعليمى مع بداية المرحلة الثانوية، وذلك لوفاة الأم فى هذه المرحلة، إذ أصبح كل شئ فى نظر المفحوص عديم الفائدة ولا طائل من وراءة. وكان كل إهتمام المفحوص فى هذه المرحلة بأصدقاءة، *الذى كان يرى فيهم البديل عن كل الهموم التى تعرض لها*. ويذكر المفحوص أنه فى هذه المرحلة تعلم ممارسة القمار، وإن كان فى البداية لم ينظر لها على أنها مقامرة إذ كان اللعب من أحل التسلية وإضاعة الوقت والتنافس الشديد، وتنوعت الممارسة ما بين ألعاب الكارد (الكوتشينة) والطاولة، والدومينو، والبلياردو، وتنس الطاولة، وكان اللعب على أشياء عينية، إلى أن أصبح فى النهاية على المال فقط .

العمل :

يعمل المفحوص مدرساً للكمبيوتر فى إحدى المدارس الريفية، وهو لا يرضى عن هذا العمل، إذ يرى أنه لا يفقه شئ فى الكمبيوتر، فكيف يقوم بتدريسه، ويذكر المفحوص أنه على الرغم من إنتظارة للعمل بلهفة، إلا أنه الآن أصبح يتمنى أن يعود عاطلاً من جديد، إذ أنه لا يحصل على أى مقابل من عملة، سواء مادياً أو معنوياً، فهو ينفق فى المواصلات أكثر مما يتقاضاة من راتب شهرى (... أنا بصرف فى المواصلات ١٢٠ جنية وراتبى الاصلى ١٠٠ جنية، ده أنا لو قعدت على القهوة ممكن أجيب أد مرتبى (٥) مرات ويمكن أكثر) هذا بالإضافة للمعاناة التى يلقاها فى العمل، (. بأصحى الصبح الساعة (٦) صباحاً وآخذ (٤) مواصلات عشان أروح الشغل) .

ونظراً لأنه لا يرغب فى طبيعه عمل كهذا، فهو دائم الشجار مع زملاءة فى العمل وكذلك مرؤسيه، وكم من الجزاءات التى نالها بسبب ذلك، ومع ذلك لا يتوقف عن التمرد على العمل .

الإقامة :

يقيم المفحوص بمفرده فى مدينة المنصورة منذ الطفولة وحتى الآن وبالرغم من أن هناك منزل للعائلة فى الريف، إلا أنه لم يذهب إليه منذ طفولته، فهو لا يحب القرية وأهل القرية .

الحوادث والأمراض

من الجوادث التى يتذكرها المفحوص فى الطفولة، تلك التى كانت فى الطفولة المتأخرة وهو يناهز الثالثة عشرة من العمر، إذ أنه وقع من الأرجوحة أثناء عيد الفطر (... وقعت من المرجيحة فى سوق العيد وشفتى إنقطعت ورحت المستشفى وكان يوم أسود) أما بالنسبة إلى الختان فقد تأخر حدوثة لسن السابعة لأن الوالدة كانت تخشى عليه منه، وكان ذلك سبب لكثير من المشاكل بينهما وبين الزوج، وفى النهاية إضطرت الأم إلى إجراء الختان رغما عنها. ويذكر المفحوص أنه عندما حدث الختان ظل بعيداً عن الأم لا يتحدث معها لفترة طويلة (خاصمت ماما وكان زعلى كبير أوى وكنت بأقولها إنتى السبب، وانتى وبابا عاوزين تموتونى) ومن الحوادث الأخرى للمفحوص، ما جرى له أثناء لعب كرة القدم، حيث وقع على ركبتيه وتكونت على قدمة كثير من المياة وأجريت له عملية جراحية شديدة الصعوبة (... الدكتور عمل لىّ عملية بذل عشان يشيل المية من على الركبة) وحدث ذلك وهو فى المرحلة الثانوية .

الحقل الجنسى :

عادة ما نجد الأفراد فى حديثهم عن الحقل الجنسى، يشعرون بالخجل، وربما لا يتحدثون صراحة، لكننا مع هذا المفحوص، نجد العكس من ذلك، إذ أن المفحوص يتحدث بطلاقة ودون خجل عن الجنس والممارسات الجنسية له. فيذكر أنه قبل سن البلوغ كان يسمع الكثير عن بعض الممارسات الجنسية لكنه كان يشعر بالذنب لمجرد سماع هذه الاحاديث، دون أن يكون طرف فيها، ويرجع ذلك إلى التربية الأخلاقية الصارمة من جانب الأم. ومع وفاة الأم ودخول المفحوص فى مرحلة البلوغ، كان النشاط الجنسى المتمثل فى الاسنمناء الذاتى كثير وبصورة مبالغة فيه، لدرجة أن المفحوص قد شعر بالوهن والهزال من كثرة الاستمناء. وفى مرحلة لاحقة تحول ذلك إلى علاقات بالجنس الآخر . ولكن الشعور بالذنب على هذه الأفعال،

أقل ما يوصف به أنه عنيف جداً، وكان يوبخ نفسه كثيراً على ذلك، وقد إتخذ بعض الإحتياطيات التى تحول بينه وبين ممارسة الجنس، . كعدم الرد على المكالمات التليفونية، وتجنب الجلوس وحيداً فى المنزل، والحرص على الجلوس مع الأصدقاء لفترات طويلة فى المنزل لكى يمارسون المقامرة. فيذكر المفحوص (... القمار الحاجة الوحيدة اللى ممكن تنسيك الجنس والدنيا كلها) ومثل المفحوص هنا كالمستجير بالرمداء من النار، أو أنه يدافع بالمرض ضد المرض.

موقفة من الحياة :

الحياة فى نظر المفحوص تسير من سئ إلى أسوأ، فهى صعبة وتكاد تكون فى بعض الأحيان مستحيلة، ويذكر المفحوص أنه لو كان هناك مكان آخر غير هذه الدنيا لما تردد للذهاب إليه، وكثيراً ما يسأل المفحوص نفسه لماذا نحن موجودين فى هذه الدنيا، ولماذا نوجد على مثل هذه الصورة السيئة، خاصة وأن الله ليس بحاجة إلينا؟ وفى بعض الأحيان يقول المفحوص لنفسة (... لو كانوا سألونى تيجى الدنيا أولا ،لاكنت قلت مش عاوز آجى) . والحياة فى نظر المفحوص سيئة لأنه ينظر لكل ما فيها على أنه سئ، فالأصدقاء أصبحوا أعداء، والأحباب أصبحوا من العملات النادرة، والأمانى تحولت لألام، والأحلام تحطمت على أرض الواقع .

وبالنسبة للعادات اليومية والحياتية للمفحوص، فهى محصورة فى الذهاب إلى القهوة، وهو ما يسميها (الوزارة) (... لازم كل يوم أروح الوزارة)، هذا بالإضافة إلى ممارسة المقامرة يومياً سواء فى المنزل أو على المقهى أو أثناء ممارسة رياضة تنس الطاولة والبلياردو .

الأحلام :

يشير المفحوص إلى أنه ليس ثمة أحلام بالنسبة له، ولكن ثمة كوابيس مزعجة، ولكن من الأحلام التى يتذكرها جيداً- رغم أنها حدثت مرة واحدة- ذلك الحلم الذى يريد بشغف تفسيراً له :(كنت أسير متوجهاً إلى شقتى وأنا عارى الجسد، وقبل أن أصعد على سلم العمارة، وجدت ورقة على شكل إعلان كبير، مكتوب عليها : أرجوك لا تصعد إلى الشقة ثانية، وإذا بى أجد الورقة من إمضاء والدتى، وبعد قراءتها أجد أبى ينظر لى من الشرفة منادياً لى: هيا إصعد،

(وفى الحلم لم يكن أبى مكروها بالنسبة لى كما هو فى الواقع) وصعدت على السلم، وقبل أن أدخل الشقة، أدركت مسبقاً أن الشقة- والشقة فقط- سوف تنهار بمجرد دخولى لها، ومع ذلك لم أستطع النزول ثانية للشارع لأننى كنت عارى الجسد وأخشى أن يشاهدنى الآخرين، فدخلت الشقة ووجدت أبى قد لقى مصرعه فانهارت الشقة ومات الجميع) .

تفسير الحلم

إذا كان فرويد يقول لنا أنه لا يمكن تفسير حلم دون مستدعيات فإن المفحوص يذكر أن هذا الحلم من المحتمل قد جاء إليه بعد أن قضى ليلة سوداء فى المقامرة، خسر فيها ما يقرب من (٩٠٠) جنية، وأنه فى هذه الليلة أخذ على نفسه عهداً بألا يعود ثانية للمقامرة، وقد كان ذلك فى شقته، وبعد أن إنتهى الجميع من اللعب، ظل وحيداً للصباح يؤنب نفسه ويلومها على ذلك .

ونحن قبل أن نفسر هذا الحلم لابد أن نشير إلى أن (فرويد) يرى أن الحلم تحقيق رغبة، وأنك تفسر حلماً معناه أن تحدد له «معنى ما» أى أن تستبدل به شيئاً آخر ينتظم فى سلك أفعالنا النفسية كحلقة لها من القيمة والشأن مثل ما لغيرها، فلكل حلم مغزاه، وأن خفى هذا المغزى.***(سيجموند فرويد، د. ت، ١٢٦)*** .

والحلم الذى نحن بصدده يعبر عن الرغبة فى التوقف عن المقامرة، كمحاولة للتخفف من الشعور بالذنب، والخوف من أنا أعلى شديد الصرامة، وأنا يعيش حالة من التناقض الوجدانى ما بين الإنصياع لرغبات الهو ومتطلباته، والأنا الأعلى بأوامرة، كما يوضح الحلم أيضاً إلى أن المسئولية الكاملة عما يعانية المفحوص من آلام المقامرة إنما ترجع إلى الأب، الذى وضعه الحلم فى شكل الباعث على الغواية وفى مستوى آخر يوضح الحلم أن المفحوص يتخذ من المقامرة وسيلة للهرب من مشاكلة المتعددة، وبخاصة الجنسية منها، ويتضح ذلك من خلال تناول مفردات الحلم.

(الشقة) التى يتحدث عنها المفحوص هى مكان المقامرة،إذ يذكر المفحوص أنه كثيراً ما كان يمارس المقامرة فيها، نظراً لأنه يقيم فيها بمفردة. أما التحذير الذى وجده من جانب

والدتة، فهو يشير إلى نوع من الاستعارة المكنية، فقد حذف المشبه (الأم) وأتى بالمشبه به (الاعلان) وذلك إشارة منه لغياب الأم، الذى يمثل فى محتوى آخر وفاتها، وكأن هذا الاعلان بمثابة إسترجاع لما كانت توصى به الأم من أخلاقيات، ونظرا لأنها كانت حريصة على التربية الأخلاقية ، فقد أشار إلى أن تحذيرها المكتوب كان على شكل إعلان كبير، والحلم يشير هنا إلى أن الأم هى مصدر النصح والارشاد وأن الأب يمثل (الغواية) وكأن بالمفحوص يلقى باللوم على والده فى أن السبب لما وصل إليه حالة من المقامرة، فهو الذى دفعه إلى المقامرة (...يناديه إصعد) فالأب يرمز للمقامرة، والدليل على ذلك أنه فى الحلم صار يحبه على عكس ما هو فى الواقع، ويوضح لنا المفحوص ذلك فى أنه بالرغم من كراهيته للمقامرة إلا أنه يحبها، ولكن ماذا يعنى أنه (عارى الجسد)؟ إن ذلك يشير إلى الحياة الجنسية لدى المفحوص، وأنه إتخذ المقامرة كبديل للجنس، فهو يقول: (.. القمار: الوحيد اللى ينسيك الجنس والدنيا كلها). فهو لا يقبل أن يكون جنسياً بينما يرغب أن يكون مقامراً؟ وإن كان يبغض الإثنين معاً، وهذا ما صورة الحلم، (لا يريد أن يعود للشارع عاريا) (أى أنه لا يريد العودة للجنس) ويود أن يدخل الشقة ، رغم علمه أنها ستنهار بمجرد الدخول فيها ،(وسوف تنهار دون باقى العمارة) (أى أنه ينظر للمقامرة على أنها إنهيار للذات) وما يوضح ذلك أنه أتى بالاصدقاء فهيا وبأبيه كراهية لهم ورغبة فى القضاء عليهم، وقد صور المفحوص أبيه يموت أولا رغم أن الشقة ما تزال غير منهارة، إشارة منه إلى أن أبيه بالنسبة له قد مات منذ أن إنفصل عن والدته، وإنهيار الشقة هنا رغبة فى القضاء على المقامرة، لكن إنهيارها عليه يشير فى محتوى آخر، إلى أنه لو تخلص من المقامرة لتخلصت هى منه أيضاً.

وتبدو مفردات هذا الحلم بصورة واضحة لأن التكثيف فيها قليل والرغبة فيها تبدو واضحة، وهذا هو طبيعة الأحلام من نوع الكوابيس، إذ تبدو الرغبة واضحة، مما يجعل الأنا الأعلى يحاول جاهداً القضاء على هذه الرغبة بتخويف الأنا بصور مرعبة ومخيفة، حتى يكف عن تحقيق الرغبة، فيظهر الحلم فى صورة كابوس، ذلك الذى يمثل أيضاً (تحقيق رغبة).

الحالة الثانية

الأسم: هانى

السن: ٣٢ سنة

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
١٥	٥٦

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
١٨	٦٣

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٣٦	٦٠
الإستعراضية	١٢	٤٥
السادية	٣٣	٦٦
المازوخية	٣٦	٧٠

المقابلة الكلينيكية:

تعريف بالمفحوص.

هانى: شاب فى الثانية والثلاثون من عمره، تخرج من كلية التجارة، جامعة المنصورة، لدية من الأحداث الحياتية الصادمة ما جعل منه نهباً للقوى الخارجية والصراعات الداخلية، فتنازل عن إنسانيته، ولم يلبث أن وجد نفسه مستبعداً تماماً من ذاتة، يعيش حالة من التناقض الوجدانى، إذ ينكر باستمرار كل ما يصرح به ويصرح لنا بما ينكره. الضمير ولد فى قلبه، لكنه مات على أعتاب الموائد الخضراء، يضيع وقتاً كبيراً للحصول على المال، ولكنه أيضاً يضيع كثير من المال لتضييع الوقت، فهو لا يحب إلا (المال)، يقوم بتجمعية، ثم يبدده بالمقامرة بالمغامرة، فالمال فى نظره، قد خلق من أجل أن نقامر به، ومثله فى ذلك كالصرصار الذى يؤمن بأن المطابخ قد إبتكرت من أجل راحته. يرى أن ترك المقامرة .أمراً ممكن، أما وأن تتركه فهذا مستحيل. وبرغم ذلك تجد هذا المفحوص حاد الذكاء ونافذ البصيرة، يفكر بعمق، لكنه يتصرف بحماقة وغباء، مثله كطبيب كل عملياته ناجحة، لكن مرضاه يموتون. وفوق هذا كله تجده قد قضى النصف الأول من حياتة يفكر جيداً فى النصف الثانى، وها هو فى النصف الثانى يبكى على ما ضاع فى النصف الأول .

من أجل ذلك كله كان لابد علينا أن تسبرغور إمكانياته البشرية وطبيعة إستعداداته النفسية وحقيقة غاياته وطريقه إستجاباته وأسلوب حياته، وذلك عن طريق شئ من التأمل والإستنباط والإستنتاج والتفكير العلمى والوعى بفردية الحالة، تلك التى تتيحها لنا المقابلة الكلينيكية ذات رؤوس الموضوعات الهادية:

الشكوى الحالية:

تتمثل الشكوى الحالية للمفحوص فى قهر المقامرة له، فهو لا يجد منها بُد، وكذلك لا يجد منها مهرباً، كذلك يشعر المفحوص بخيبة أمل كبيرة، فقد تخطى عمره الثلاثين، وأصبح تحت الأربعين، ولم يحقق شيئاً بعد، كما يعانى المفحوص من الشعور بالوحدة، ومن بعض الاضطرابات الأسرية خاصة مع الأب الذى هو فى الأساس زوج للأم وفى نفس الوقت العم الأكبر له. فقد مات والده وهو فى الشهر السادس من العمر، وتزوج العم الأكبر والدته.

الأسرة وإتجاه المفحوص منها:

تتكون الأسرة من زوج الأم (العم) والأم والمفحوص، فالحالة التى بين أيدينا حالة وحيدة، الأم ربه منزل، وزوج الأم يعمل موظفاً فى مديرية الزراعة، وله محل للبقالة، وعن علاقة المفحوص بالأسرة، نجد أن العلاقة بزوج الأم (العم) كانت فى الطفولة وحتى الجامعة مضطربة للغاية، فقد كان كثير الضرب له، لا يعطى له نقوداً إلا القليل، كما كان يلزمه صيفاً وشتاءاً بإدارة محل البقالة، مع أن هذا المحل كان ميراثاً ويشترك فيه بقية الأعمام، لكن كان الوحيد الملزم به (... زى ما أكون أنا اللى بصرف عليهم، ورغم كدة ماكنش زوج أمى يدينى فلوس، وكان بيعاملنى زى ما يكون مخبر وأنا حرامى..).

وعن علاقة المفحوص بأمه،فقد كانت علاقة طيبة، إذ كانت تخفف عنه كثير من الآلام التى كان يتعرض لها من جانب الأب (.. ماما كانت تعطينى مصروف من ورا زوج أمى) .

ويرى المفحوص أن علاقة الأم بزوجها كانت مضطربة لفترة طويلة من الزمن، فقد كان يريد الإنجاب، لكنها إشترطت عليه قبل الزواج عدم الإنجاب حرصاً علىّ، وكان ذلك مبعث لمشاكل كثيرة، وفى النهاية قررت الأم الإنجاب، لكن ثبت أن الزوج لا ينجب، (... ربك قادر على كل شئ، لما ماما قررت الإنجاب منه، إتضح إنه ما بيخلفش) وبعد أن أدرك الزوج عدم قدرته على الإنجاب تحسنت علاقته بالأم وكذلك بالمفحوص .

الطفولة :

لم أكن طفلاً أبداً، هكذا يرى المفحوص أنه لم يعيش طفولته، فقد كان يفتقد إلى الحنان من الأب، وكان يتلقاه من الأم سراً، فقد كان الزوج كثيراً ما يرى أن الحنان يفسد الطفل وكثيراً ما كان يعنف الأم على ذلك .

وقد كانت مرحلة المدرسة بالنسبة للمفحوص مرحلة صعبة، كان يشعر فيها بالنقص والدونية عن بقية زملاءة، وكان يفضل ألا يكون له أصدقاء (... كنت أقعد فى الفسحة فى الفصل لوحدى، عشان الفسحة عاوزة فلوس وأنا دايما،ماكنش معايا فلوس أصرف منها) .

وبالنسبة للتبول إللاإرادى، يذكر المفحوص، أنه أدى لكثير من التعقيد فى حياتة إبان أن كان طفلاً، فقد كان زوج الأم يعنفه بشدة على ذلك، لدرجة أن المفحوص يتذكر أنه فى العام السابع كان يقوم مفزوعاً من فراشة ظناً منه بأنه تبول على نفسه، وكانت المشكلة التى تقابلة يومياً، هل إبتل الفراش أم لم يتبل، وأحياناً كان يقوم بتغير ملابسة وفراشة سراً إذا كان مبتلاً، حتى لا يعاقب من زوج أمه. وبالنسبة للفطام فقد كان طبيعياً وفى العام الثانى. وكذلك كانت الولادة طبيعية أيضاً .

التعليم :

أكمل المفحوص دراستة الجامعية، وتخرج من كلية التجارة، وقد كانت مراحل التعليم بالنسبة له، نوعاً من الضغط المستمر، فكثيراً ما كان زوج الأم يعاقبه باسم التعليم. وقد كانت هناك مشكلة تواجه المفحوص، تتمثل فى كيفية التوفيق بين العمل فى البقالة وتحصيل الدروس المدرسية أو الجامعية. كما يذكر المفحوص أنه لم يكن متوافقاً فى دراسته، وكان يحقق النجاح بصعوبة، كذلك لم يكن متوافقاً مع زملاء الدراسة، فقد كان هناك زملاء، ولم يكن هناك أصدقاء

العمل :

يعمل المفحوص حالياً فى إدارة محل البقالة الخاص بالأسرة، وكم يتمنى أن يترك هذا العمل لأنه لا يليق به أو بمؤهلة الجامعى أو بطموحاته، وقد سنحت له الكثير من الفرص للالتحاق بأعمال أخرى، لكنه رفضها لقله العائد المادى لها، فهو يقول أنه بحاجة لمزيد من المال. (... القمار عاوز فلوس كثير عشان يجيب فلوس أكثر) .

الإقامة :

يقيم المفحوص مع أسرتة فى مدينة المنصورة، وليس هناك مكان آخر لاقامتة، ولكن يرى المفحوص أنه يقيم فى الغالب فى المحل أو القهوة، ولا يعود للمنزل إلا للطعام أو النوم .

الحوادث والأمراض :

لم يتعرض المفحوص للحوادث والأمراض، إلا على النطاق الطبيعي الذى يحدث لغالبية الأفراد، وذلك سواء كان فى الطفولة أو المراهقة أو مرحلة الرشد الذى يعيشها. ولكن هناك حادثةجرت له من أثر مشاجرة مع زملاء المقامرة والذى إنتقل على أثرها إلى المستشفى، فقد أصيب بمطواه فى رأسة .

الحقل الجنسى:

كان المفحوص ينظر للأمور الجنسية قبل سن البلوغ بمنظار العيب والحلال والحرام، والخجل أيضاً، لكنه الآن ينظر لها باعتبارها أمور طبيعية يجب أن نمارسها بشئ من الحرية، كما أنه يتحدث عن الأمور الجنسية بشئ من المرونة والتحرر، ذ يذكر أنه يمارس الإستمناء ويشاهد الأفلام الجنسية، ولدية الكثير من المعجبات من الجنس الآخر، وعندما تناقشة بأن هذا حرام وعيب يذكر أنه إنسان طبيعى (... الشذوذ إنك لا تمارس الجنس.، حتى ممكن ربنا يحاسبك على ظلمك لنفسك بالكبت الجنسى) ويزداد تطاول المفحوص لأكثر من ذلك إذ يحاول أن يقنعك أن الجنس الحرام، هو ما يكون عن طريق الإغتصاب. ويفتخر المفحوص بهذه الأفكار الشاذة المريضة، فتراه يؤكد قائلاً «... ثلاثة أشياء لا أستطيع أن أقاومهم، الجنس والقمار والموت) .

موقفة من الحياة :

الحياة فى نظر المفحوص سلسلة من الصراعات المستمرة التى لا نهاية حاسمة فى التوتر والصراع فيها، والحياة بجانب ذلك محبطة ولا نجنى من وراءها سوى الهم والحزن وإنتظارالأمل، ومن الأفضل أن يكون الإنسان أقوى من الحياة حتى لا تدوسة الأقدام، كما أنه يرى أن كل ما ينادى به الناس من الأخلاق. الذمة والشرف، كلها أمور خيالية، حتى أن البشر أصبحوا كحيوانات (... الناس بقت زى الحشرات وأقل من كدة كمان) .

وبالنسبة للعادات الحياتية للمفحوص فإنها لا تشمل إلا المقامرة، فيقول المفحوص (...القمار هو تسليتى الوحيدة) وبالرغم أنه يعلم ضرر المقامرة، إلا أنه لا يستطيع التخلص منها، (... القمار ده عامل زى السيجارة، عارف إنها بتضرك ولكن مش قادر تبعد عنها) .

الأحلام :

لقد ذكر المفحوص العديد من الأحلام، لكننا آثرنا الحلم الاتى لما له من دلالة تبدو واضحة بعض الشئ، وتعبر عن البناء التحتى للمفحوص .. يقول المفحوص :

«حجر مربع كبير، يتدحرج فى صحراء واسعة ويقتل حشرات كثيرة، والغريب أن كل حشرة لا تتحرك من مكانها، وإنما هى فى ثبات شديد، دون مقاومة، تنتظر ماذا عساه أن يفعل بها القدر، ويتحرك الحجر مرة، وينتظر بعض الشئ ليتحرك ثانية، وفى كل حركة يقتل حشرة، ورغم علمى بأن الحجر ربما يتحرك نحوى ويقتلنى لم أقاوم رؤية هذا المشهد المثير. ثم يأتى رجل ضخم، قوى البنية والعضلات يقول أنه من الشرطة، ولدية أمر بابعادى عن هذه المنطقة، ثم يقول المفحوص، «ولكنك تريد تنفيذ الأمر على (هانى) أما أن فلست هانى» .

تفسير الحلم

بالنسبة لمستدعيات الحلم، يذكر المفحوص أنه أثناء الحلم كان بالفعل يحمل إسما آخر غير إسمة الحقيقى، وهو (عبد الرحمن)، لكنه لم يعرف لنفسه بقية الإسم. ويقول المفحوص ربما كان الحلم على الحشرات، لأنه يكره الحشرات بشدة.، وهذا ما يراه المفحوص، أما التفسير العلمى لهذا الحلم قد يكون على النحو التالى :

الحلم يعبر عن الصراعات الطفولية، وخاصة العلاقة بالأب، كما يوضح إمتداد تلك الصراعات فى الكبر لتشمل الأب وزملاء المقامرة، ويتضح ذلك من خلال ما نعرضة من مفردات الحلم :

(حجر مربع كبير) وهو ما يشير إلى زهر (النرد) المستخدم فى لعبة الطاولة التى كان يدمنها المفحوص، وما يؤكد لنا أن الحجر يرمز إلى زهر (النرد) هو وصف المفحوص للحجر بأنه (يتدحرج)

(فى الصحراء) الصحراء هنا رمز للمربع الخشبى للطاولة نفسها، ولكن إتساع المربع الخشبى لا يعبر عن صحراء، فلماذا كان التشبية بالصحراء؟ لقد كان التشبية بالصحراء لأن مربع اللعبة خالى أيضاً، كما أن الصحراء دائماً ما تكون خالية وذات حياة قاسية ومخيفة،

يكون الموت فيها قريب من الإنسان، وربما كان هذا التشبية كرسالة يريد أن يقول من خلالها أن المقامرة تقتل الفرد وتقتل أصدقاءه، فقد جاء على لسانة (... القمار مافيهوش أصحاب) .

وفيما يتصل (بالحشرات) فهى إستعارة مكنية عن الناس، فغالباً ما كان يشبة الناس بالحشرات، إذ يقول (... الناس بقت زى الحشرات وأقل من كدة كمان) .

أما (الشرطى الضخم) فإنه رمز لزوج الأم من ناحية، ومن ناحية أخرى رمز إلى الأنا الأعلى. فقد كان زوج الأم قوى البنية، يصل طولة إلى ما يقرب من مترين .

والحلم هنا يحقق رغبة المفحوص فى الإنتقام من زملاء اللعب الذين شبههم بالحشرات، فقد جعلهم لا يتحركون رغم أن خطر الموت يقتلهم واحداً تلو الآخر، وهو ما يشير إلى الطبيعة الفردية للعبة (الطاولة) إذ أنه يرغب فى قتلهم وخسارتهم واحداً وراء الآخر، فيقول (.. يتحرك الحجر مرة وينتظر بعض الشئ ... وفى كل حركة يقتل حشرة) أى أنه يقامر مرة وراء مرة، وفى كل حركة للزهر تخيب آمال الآخرين، ونظراً لأن ذلك يعتمد على الحظ، يذكر قائلاً (...تنتظر ماذا عساه أن يفعل بها القدر) ورغم علمه بأن المقامرة قد تقضى عليه، إلا أنه يتمسك بها ولا يستطيع أن يتخلص منها (... يقتلنى ولم أقاوم) .

وفيما يتصل برجل الشرطة الضخم، فإنه يرمز إلى زوج الأم، فقد كان كثيراً ما يقول عنه (المخبر) وقد تخفى منه، رغبة منه فى متابعة ذلك المشهد المثير الذى يشير فى ناحية أخرى إلى المقامرة، وكأنما هو يقول (أنه مهما أتيتم من قوة لن تستطيعوا إبعادى عن المقامرة) .

وقد تنكر فى إسم آخر، رغبة منه فى الإفلات من عقاب زوج الأم، ولكن لماذا كان بالفعل لا يدرك إلا الإسم الأول فى الحلم؟ ولماذا تغير الإسم ليكون (عبد الرحمن)؟؟ إن عدم إدراك بقية إسمة إنما يشير إلى الإحباط من موت الأب وهو فى الشهر السادس من عمرة، وكأن موت الأب قد أدى لموت الإسم أيضاً، أما إختيارة لإسم (عبد الرحمن) فيرجع إلى عاملين: أن هذا الإسم كان لأحد جيرانة الذى كان يحبة كثيراً، والذى تأثر كثيراً لوفاته، وكأن هذه التسمية بمثابة رغبة فى إحياءه من جديد. ومن ناحية أخرى يشير الإسم إلى الرحمة وطلب الرحمة الذى كان يفتقدها من كل المحيطين به والتى لم يجدها أيضاً فى القيم والمبادئ والأخلاق .

الحالة الثالثة

الإسم: عبد الله

السن: ٣٥ سنة

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
١٥	٦٠

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
٢٠	٦٧

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٣٣	٥٧
الإستعراضية	٢٠	٥٤
السادية	٣٥	٦٨
المازوخية	٣٧	٧١

المقابلة الكلينيكية :

التعريف بالمفحوص.

عبد الله: شاب في الخامسة والثلاثين من عمرة، حاصل على الإعدادية، ولم يكمل تعليمة المتوسط الذى كان قد قطع منه عامين، له من الصفات العقلية والثقافية ما يمكن أن نوصفة باللامبالاه التى لم يسبق لها مثيل، وهو بجانب ذلك طيب القلب، لدية من الشعور بالعظمة ما لا يمكن أن نفسرة، فتاريخ حياتة إنما هو بانوراما فشل متكرر، ولا نعرف من أين جاء هذا الشعور بالعظمة، إلا أنه رد فعل عكسى للفشل المتكرر، فهو فاشل فى التعليم وفى العمل وفى الاصدقاء بل وفى الحب. وسوف نحاول أن نتعرف على بعض ديناميات تلك الحالة من خلال المحاور الآتية:

الشكوى الحالية :

يشكوى المفحوص من عدم قدرتة على التخلص من المقامرة، ويفسر ذلك بأنها ربما تكون الوسيلة الوحيدة التى تساعدة في التغلب على مشاكلة كما أنها تنقدة من كثير من الأزمات، إذ أنه كثير الإنفاق وإعتاد على نمط معين من المعيشة لا يستطيع التنازل عنه، هذا بالإضافة إلى أن المقامرة تنقلة من دنيا إلى دنيا أخرى (القمار بينسينى نفسى والدنيا كلها) ومع ذلك يود أن يتخلص منها لأن الكثيرين من حولة يريدون ذلك، كما أنه بجانب سعادتة بها تلقى منها ضربات مؤلة وموجعة، كما أنه يشعر أن الآخرين ينفرون منه لكونه مقامراً، ويعترف أيضاً بأن المقامرة قد أضرت كثيراً بعملة، وأن زملاءة فى المهنة حققوا كثيراً من الشهرة والربح، وقد كانوا فيما مضى تلاميذة .

الأسرة وإتجاة المفحوص منها :

المفحوص متزوج حديثاً من زوجة أميه (لا تقرأ ولا تكتب) ويعيش فى منزل الأسرة، والداه توفيا منذ زمن بعيد وهو أصغر أخوتة الخمسة («٤» إناث و «١» ذكر) ليكون عدد أفراد الأسرة (٦) أفراد، وقد كان الأب والأم يدللانة كثيراً ولا يرفضون له طلب، هذا بجانب الأخوة، خاصة الأخ الكبير، لكن بعد وفاه الوالدين وإتجاة المفحوص للمقامرة، تحولت العلاقة تماماً،

فكانوا كثيرى الشجار معه، ولا يمنحونه المال، لادراكهم أنه سيقامر به، وقد وصل العناد بينه وبين أفراد الأسرة إلى أنه كان يأتى بالأصدقاء للمنزل لممارسة المقامرة .

الطفولة :

طفولة المفحوص، كانت ناعمة ومرفهه، وأقل ما يمكن أن توصف به أنها مدلله، فكل ما يلزمة من ماديات أو معنويات لابد وأن يتحقق، حتى أنه عندما يرتكب أخطاء كبيرة إلا يعاقب عليها (... مرة كان علىّ ملحق ونسيت أروح الإمتحان، وبابا وماما، عملوش لىّ حاجة، بس ماما زعلت شوية، وبابا قال لىّ ولا يهمك) ويرى المفحوص أن الذهاب للمدرسة كان من أكثر العوامل المؤلمة بالنسبة له، لكن ما كان يجعله يتحمل ذلك أن الأب والأم كانا يمنحونة كثير من الأموال (... كنت بأخد فى اليوم (٢) جنية وده كان مبلغ كبير جداً) ،كانت علاقة المفحوص بأصدقاء علاقة مصالح، فكانوا يتقربون إليه حتى ينفق عليهم، كما أنه كان يكره مدرسية بشدة لأنهم كانوا كثير الضرب له. وفى المرحلة الإعدادية والثانوية الصناعية كثيراً ما تشاجر مع مدرسية . وبالنسبة للتبول اللاإرادى، يذكر له المحيطين به أنه توقف وهو يناهز الثامنة من عمرة، هذا وقد كانت ولادتة طبيعية وكذلك الفطام .

التعليم :

المفحوص حاصل على الإعدادية، وقد ترك التعليم وهو فى السنة الثانية من التعليم الثانوى الصناعى، وذلك بناء على أوامر والدة، وطلباتة الملحة على ترك التعليم، فلم يكن على إمتحانه للسنة الثالثة من التعليم الصناعى إلا أسبوع، لكنه ترك المدرسة، وقد كان كثير المشاكل فى المدرسة مع مدرسية وزملاءه.

العمل :

يعمل المفحوص فى ورشة، هى فى الأساس ورشة والدة ويعمل معه أخيه الأكبر، وهى ورشة متكاملة، كانوا يطلقون على والدة فيها (ملك البشتم)، وبجانب العمل فى الورشة، يعمل المفحوص فى تجارة السيارات، لكن المفحوص فشل فى هذا وذاك بسبب المقامرة .

الإقامة :

يقيم المفحوص فى مدينة المنصورة بمنزل العائلة مع زوجتة، وفى نفس المنزل تقيم أختية، وهم متزوجات ولديهم أولاد.

الحوادث والأمراض :

لم يذكر المفحوص أنه تعرض لأمراض قبل ذلك أو أنه ذهب للطبيب، فهو يرى أنه يملك صحة قوية منذ طفولتة وحتى الآن، إلا أنه أصيب ببعض الأمراض البسيطة فى طفولتة والتى كان يصاب بها جميع الأطفال وذلك مثل الحصبة، ونزلات البرد والسعال .

الحقل الجنسى :

لا يرى المفحوص أن الجنس يمثل عيباً أو حرج لأحد، وقد مارس المفحوص الإستمناء منذ وقت مبكر، كان يفرط فيه بشدة، كما أنه لم تكن له علاقات مع الجنس الآخر، ويعتقد المفحوص أن الأمور الجنسية فى الوقت الحالى لم تعد تمثل أى قيمة، فبعد الزواج إنطفئ الجنس بالنسبة له، وربما يكون ذلك من العوامل المسببة لكثير من المشاكل بينه وبين زوجتة، خاصة وأنه متزوج حديثاً .

موقفة من الحياة :

عندما تحاول أن تتعرف على موقف المفحوص من الحياة، يتضح من ذلك أن ليس لدية موقف محدد من الحياة، فأحياناً ما يشير إلى أن الحياة صعبة وقاسية وأحياناً أخرى يرى أنها جميلة وممتعة، كما أنه يرى أن ما يضايقة فى الحياة كثرة نواهيها، فهو يريد أن يفعل كل شئ، دون أى قيد أو شرط، خاصة المقامرة، فلا يحب أن يمنعة أحد عن ذلك، مع العلم بأنه يرغب كثيراً فى التوقف عنها. وبالنسبة للقيم الدينية، يرى المفحوص أنه مقُصر جداً فى ذلك، فهو لا يصلى أو يزكى، ونادراً ما يصوم، ومع ذلك يرى أنه سيذهب للجنة .

الأحلام :

يرى المفحوص أنه قليل الأحلام، ونادراً ما يحلم ويتذكر حلمه، كما أنه لا يعطى لأحلامة إهتماماً، فكلها فى نظرة خرافات لا يعلق عليها أى قيمة .

الحالة الرابعة

الإسم: أحمد

السن: ٣٢ سنة

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
١٦	٦٢

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

الدرجة الخام	الدرجة التائية
١٨	٦٣

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية
قبل تطبيق البرنامج العلاجى

أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٣٤	٥٨
الإستعراضية	١٠	٤٣
السادية	٣٣	٦٦
المازوخية	٣٦	٧٠

المقابلة الكلينيكية :

تعريف المفحوص .

أحمد: شاب فى الثالثة والثلاثون من العمر، حاصل على دبلوم الصناعة، ولا يعمل، تعرض للسجن لمدة ثلاثة سنوات، بسبب إعطاء شيكات دون رصيد، يبدو على درجة معقولة من الذكاء، وله من الصفات الجسمانية والعقلية والاجتماعية، ما يجعلنا ندرك لأول وهلة أننا أمام حالة مرضية، فالمعتقدات مريضة، والأفكار منطقية، لكنها شاذة، وبين هذا وذاك تلمح بين أعنيه كافة أنواع الاضطراب والانقسام والتردد والحيرة والالتباس، ويتضح ذلك من خلال ما تم فى المقابلة الكلينيكية ، وهى فيما يلى :

الشكوى الحالية :

يعترض المفحوص فى البداية على السؤال: ما هى شكوتك ؟ إذ يرى أنه من المفروض أن أقول ما هو الذى لم تشتكى منه؟ فهو يشكو من كل شئ ويخاف من كل شئ، لكن ما يؤلمة أنه يود أن يعود لطبيعتة ولحياتة الماضية قبل دخول السجن، كما يشكو المفحوص من تعلقة الشديد بالمقامرة، بالرغم من أنها السبب فى دخوله السجن، وبالرغم من كراهيته لها، إلا أنها الآن بمثابة الوظيفة الأساسية له، ويعانى المفحوص أيضاً من رفض الأسرة له والاحساس بالعار الشديد لدخولة السجن .

الأسرة وإتجاة المفحوص منها :

فى الوقت الحالى، نستطيع أن نقول أن المفحوص ليس له أسرة، فهو يعيش مع أحد أصدقاءة بعد خروجة من السجن، أما قبل دخول السجن كان يعيش فى أسرة مكونة من أب وأم وأربعة أخوة، ثلاثة منهم إناث وذكر واحد هو الأكبر، الأب كان يعمل مأمور ضرائب، والأم تعمل مديرة مدرسة إعدادية، الأخوات البنات على درجة عالية من الخلق والتدين، تزوجوا جميعاً من رجال دين، وقد كانوا كثيرى العطف عليه، بجانب الأب والأم، لكنه كان دائم التمرد، رغم أن الطبيعة الفطرية له كانت تشير لإنسان على خلق ومبادئ، تنبع من تصرفاته جوانب تربوية كثيرة، ورغم هذا كان كثير الإعجاب بالمنحرفين وممن هم أقل خلقاً منه، وربما يرجع ذلك

للأخ الأكبر الذى كان متوحداً به لدرجة كبيرة، وقد كان هذا الأخ على درجة كبيرة من الانحراف، فقد قام بارتكاب العديد من الجرائم الاخلاقية التى تشمل النصب، والجنس، والسرقة وهروب ،من الخدمة العسكرية، وبجانب ذلك كان لدية من المعتقدات الشاذة المريضة ما لا يمكن أن يتحملة عقل. ورغم ذلك كان المفحوص شديد التوحد والاعجاب به، وقد تعرض المفحوص لاحباط شديد بعد وفاة الأب ومن بعده الأم، حيث فقد ركنا أساسياً من أركان بناءه النفسى، الذى إختل مع أول احتكاك له بالانحراف .

الطفولة :

عاش المفحوص طفولة سعيدة مليئة بالعطف والحنان، سواء من جانب الوالدين أو الأخوة، فقد كان الأب عطوفاً ودوداً، والأم على درجة عالية من الثقافة ولديها من الأساليب التربوية ما يجعل الفرد سعيداً. وبالنسبة لمرحلة المدرسة، كانت مرحلة سعيدة أيضاً، حيث كان المفحوص شديد التفوق فى المرحلة الإبتدائية والإعدادية، لكنه كان يضايقة معايرة أصدقاءة له في المدرسة لكونه شديد النحافة. وكانت علاقتة بالمدرسين ممتازة إذ كانوا يحترمونه لتفوقة العلمى .

التعليم :

حصل المفحوص على دبلوم الصناعة، وذلك بعد أن رسب فى الثانوية العامة ثلاثة سنوات متتالية، مما أدى للإحباط والصدمة، فقد كان يريد تحقيق آمالة وطموحاتة فى التخرج من كلية الهندسة، ولكن لم يستطيع، ويرى المفحوص أن صدمات التعليم هى السبب الرئيسى للتحول الكبير فى شخصيتة، ويذكر تحديداً، المرة الثالثة التى رسب فيها فى الثانوية العامة، فقد علم عن طريق الخطأ أنه ناجح، وفى غمرة الفرح يدرك أنه رسب للمرة الثالثة، ومند هذا اليوم، تحول المفحوص لرجل آخر، حيث لا قيم ولا مبادئ ولا صداقة ولا أصدقاء، وأصبح ينظر للمجتمع على أنه العدو والباعث على الإحباط، فاتجة إلى المقامرة على المقاهى، والتوحد بالمنحرفين والإعجاب بهم، يقلد حركاتهم وإشارتهم وطريقة حديثهم، بل ويفتخر بصداقتهم، وفى أثناء هذه الفترة أهمل التعليم تماماً وتعلق بالمقامرة بشدة .

العمل :

المفحوص لا يعمل، وذلك قبل أن يدخل السجن أو بعد الخروج منه، وكان يصرف على نفسه من خلال الميراث الذى تركة والداة له، ومن خلال ما ينفقة زوجات الأخت عليه، إذ كانوا يحبونة بشدة .

الإقامة :

فى مرحلة ما قبل السجن، كان المفحوص يقيم مع والداة وأسرتة فى مدينة المنصورة، وبعد أن توفيا أقام مع أخية الأكبر فقط، إذ تزوجت كل الإناث، أما بعد دخول السجن، أصبح المفحوص يقيم مع أحد أصدقائه نظراً لأن الأخ الأكبر قد باع الشقة، كما أن أخواتة الإناث قد برؤا منه لدخوله السجن، ويقول المفحوص (... تقدر تقول إن أنا مقيم فى القهوة، لأنها بيتى إلى برتاح فيه) .

الحقل الجنسى :

يذكر المفحوص أن الجنس لم يكن مسيطر على تفكيرة كما هو الحال لدى كثير من الناس، لكنه يذكر أنه تعرض لمواقف جنسية فى السجن لا يريد أن يتحدث عنها لأن أقل ما يمكن أن توصف به أنها (شنيعة) .

موقفة من الحياة :

الحياة بالنسبة للمفحوص تندرج فى كلمتين (يعيش ليقامر) فهو دون عمل، ومن غير سمعة أو إسم، لدية من العار ما يكفى، لا يضمن قوت يومه، فهو من الحقارة بحيث أن عقلة لا يستطيع أن يملئ معدتة، وكل ذلك يمكن أن ينساه من خلال المقامرة، وقد يحقق لنفسة بعض من الطمأنينة عن طريق الرهان والمخاطرة .

وموقفة من الحياة، أن ليس له موقف، فهو لا يفكر وإنما يتحرك فقط، ولا ينمو وإنما ينتفخ. وكل ما هو سلبى يمكن أن يكون موقفة من حياتة، تلك التى لا يعرف إلى أين تذهب وماذا تخبئ له بعد ذلك .

الأحلام :

يشير المفحوص إلى الحلم التالى، وقد ذكر أنه كثيراً ما كان يأتى إليه وهو فى السجن:"كنت فى الشارع والجو رائع ومشمس، وفجأة إشتد المطر ووجدتنى أجرى بسرعة لتجنب المطر، لكنه كان يلاحقنى، وفجأة إنقسمت الدنيا إلى منطقة تمطر وأخرى مشمسة، فوجدتنى لا أريد الذهاب إلى الشمس، وفضلت أن أكون تحت المطر .

تفسير الحلم :

بالنسبة لمستدعيات الحلم، يذكر المفحوص أنه كثيراً ما كان يحلم بهذا الحلم وهو فى السجن، كما أنه يحلم به أيضاً إبان أن كان يشعر بالذنب وعذاب الضمير. ويمكن أن نفسر الحلم فى ضوء الديناميات النفسية للحالة من حيث :

الحلم يعبر عن تاريخ حياة المفحوص، وكيف أنها إنتقلت من حياة سعيدة إلى حياة تعيسة، كما يوضح الحلم رغبةالمفحوص فى الإستمرار فى ممارسة المقامرة، رغم علمة بأنها التى قضت عليه وعلى حياته، ويتضح ذلك من خلال مفردات الحلم (الجو رائع ومشمس) وهو تعبير عن الحياة السعيدة التى كان يعيشها قبل ممارسة المقامرة، وكيف أنها إنقلبت رأساً على عقب بعد ممارسة المقامرة (.. الجو رائع ومشمس، وفجأة إشتد المطر) كما يعبر الحلم أيضاً عن رغبة المفحوص فى مقاومة المقامرة لكنه لم يستطيع (.. أجرى بسرعة لتجنب المطر.. لكنه كان يلاحقنى)، ويشير الحلم فى النهاية إلى الاستسلام للرغبة المتمثلة فى الإستمرار فى المقامرة (فوجدتنى لا أريد الذهاب إلى الشمس وفضلت أن أكون فى المطر)

وقد إستخدم المفحوص مفردات لها دلالتها فى الحلم، فقد إستخدم (الشمس) للتعبير عن الحياة اليومية الصحيحة، فالشمس نور، والطريق الصحيح غالباً ما نصفة بطريق النور، أما طريق الخطأ، غالباً ما نصفة بطريق الظلام، وقد عبر عنه المفحوص، (بالمطر)، ففى أثناء المطر يختفى النور .

الحالة الخامسة

الإسم : بدوى

السن : ٣٥ سنة

نتائج المفحوص على مقياس المقامرة المرضية قبل تطبيق البرنامج العلاجى	
الدرجة الخام	الدرجة التائية
١٦	٦٢

نتائج المفحوص على مقياس سلوك المخاطرة قبل تطبيق البرنامج العلاجى	
الدرجة الخام	الدرجة التائية
٢٠	٦٧

نتائج المفحوص على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل تطبيق البرنامج العلاجى		
أبعاد المقياس	الدرجة الخام	الدرجة التائية
النظارية	٢٩	٥٣
الإستعراضية	٩	٤٢
السادية	٣٣	٦٦
المازوخية	٣٧	٧١

المقابلة الكلينيكية :

التعريف بالمفحوص:

بدوى: شاب فى الخامسة والثلاثين من عمرة، تخرج من المعهد الصناعى بالمحلة الكبرى، يعيش فى حى شعبى بمدينة المنصورة، له أخ مهندس وهو إبن لأب يعمل مدربا لإحدى الفرق الكروية بالدرجة الثالثة، عندما تتجاذب أطراف الحديث مع تلك الحالة، تشعر أنك أمام أكثر من حالة كلينيكية وذلك لشدة تعقيد الشخصية، وكثرة إحباطتها التى لا تثير فضول الكلينيكى، بقدر ما تثير التعاطف والشفقة، وربما تلتمس لها بعض الأعذار .

الشكوى الحالية :

يشكو المفحوص من الفشل المتكرر فى حياتة، سواء كان ذلك فى الدراسة أو فى العلاقات الأسرية، وفى الحب، والعمل، وحتى المقامرة التى يظن أنها الحل السحرى لكل مشاكلة، فشل فيها أيضاً. وكثرة الفشل الذى يتعرض له المفحوص، يشعرة بالنقص والدونيه وخيبة الأمل ويعانى المفحوص من عدم الشعور بالنجاح، وعدم القدرة على تغير الظروف من حولة، وذلك من أيام الطفولة وحتى الآن، ويقول المحفحوص على حد تعبيرة (... أنا حاسس إن أنا إنهزمت أمام نفسى، لدرجة إن أنا باكسف من نفسى) كما يعانى المفحوص من عدم القدرة على التخلص من المقامرة، فقد ضيعتة وضيعت أموالة، وما يزال يتمسك بها (... أنا حاسس إن أنا بشتغل عشان القمار وبس) .

الأسرة وإتجاة المفحوص منها :

تتكون الأسرة من الأب والأم والأخ، الأب يعمل مدرباً لإحدى الفرق الكروية بالدرجة الثالثة، والأم ربه منزل، والأخ تخرج من كلية الهندسة ويعمل الآن فى إحدى الدول العربية. وتبدو علاقة المفحوص بالأسرة صعبة جداً، فهو يكره والدة لدرجة كبيرة جداً، بل ويعلنها صراحة ويتمنى موتة، فالأب فى نظرة هو المسئول الأول والأخير عن فشلة فى حياتة، وذلك بسبب تربيتة الخاطئة، فقد كان الأب شديد القسوة على المفحوص وعلى باقى أفراد الأسرة، وفوق هذا لم يتحمل مسئولية أسرتة، بل كان يدفع أولاده إلى العمل وهم أطفال صغار (...كنت

باشتغل فى فرن عيش من الإبتدائية حتى أيام الجامعة عشان آخذ بالفلوس دروس)، كذلك كانت علاقة المفحوص بالأم علاقة سيئة، إذ كان يرى أنها شريكة مع الأب فى تلك السياسة والتربية الخاطئة. أما علاقة المفحوص بالأخ، كانت علاقة سلبية للغاية إذ كان يرى أنه لا يهتم إلا بمصالحة فقط .

الطفولة :

يعتقد المفحوص أنه كان يعيش طفولة يائسة، وأقل وصف لها أنها (بائسة) لا يلعب كما يلعب الأطفال، ومحرم عليه أن يشتهى أى شئ (... أنا فاكر مرة وأنا صغير قلت لبابا فى الشارع أنا عاوز موز يا بابا.. يومها ضربنى على وشى زى ما أكون شتمتة) .

وفى مرحلة المدرسة، كان المفحوص يشعر بالنقص والدونيه تجاة زملاءة، وكان شديد الإنطواء والابتعاد عنهم، وذلك حتى نهاية المرحلة الإعدادية، لكن الأمر إختلف فى المرحلة الثانوية، ومرحلة التعليم فى المعهد، تلك المرحلة التى بدأ يتعلم فيها المقامرة، وبالتالى تعلم كيف يكون إجتماعياً، حتى يستطيع ممارسة المقامرة .

التعليم :

أكمل المفحوص المعهد الفنى الصناعى (نظام العامين) وقد كان يتمنى أن يدخل كلية الهندسة، لكنه لم يحصل على مجموع كافى يمكنه من ذلك، مما أدى لإحباط شديد له، سواء من الاحساس بالفشل أو من كثرة لوم الأب له .

العمل :

يعمل المفحوص فى إحدى شركات التبريد والتكيف بالمنصورة، وأحياناً ما يقوم بالعمل فى أحد الأفران التى تقوم بعمل الخبز .

الإقامة :

يقيم المفحوص بمدينة المنصورة، بإحدى المناطق الشعبية، وذلك مع والدة ووالدتة .

الحوادث والأمراض :

يذكر المفحوص أنه تعرض فى طفولته المتأخرة لحادث دراجة بخارية (موتوسيكل) مما أدى لجرح كبير فى الظهر. ويعلق المفحوص على هذه الحادثة بكل غضب قائلاً: (أى طفل يجرى له حاجة أبوه ياخده فى حضنة ويطبطب عليه، لكن أنا أبويا كان هيضربنى يومها) ونظراً لموقف الأب، لم يستطيع المفحوص بعد ذلك أن يقول حتى أنه مريض .

الحقل الجنسى :

يذكر المفحوص أنه لم يعرف أى شئ عن الأمور الجنسية حتى وقت متأخر جداً، وما أن عرف طبيعة الأمور الجنسية كانت تسيطر عليه بشكل كبير جداً. وعن علاقتة بالجنس الآخر، يذكر أنه أحب زميلة له بالمعهد، وكانت هى كل شئ فى حياتة، وهى التى تخفف عنه الحياة الصعبة التى كان يحياها، ويرى المفحوص أنه مارس المقامرة من أجلها، لكى يتحصل على كثير من الأموال التى تضمن له الارتباط بها، وبالرغم من ذلك لم يرتبط بها، فقد تزوجت غيرة، فقد ضاعت منه وبقيت له المقامرة .

موقفة من الحياة :

يرى المفحوص أن الحياة ملعونة، وبالتالى لا يوجد مكان فيها للأوفياء أو المخلصين، بل دائماً هناك مكان للملعونين، الكذابين، المنافقين، وربما نكون نحن الأوفياء دخلاء على هذه الدنيا، فنستحق كل ما يجرى لنا، لأن هذه الدنيا ليست مكاننا. ولكى يتوافق الفرد فى حياتة، عليه أن يقلب القاعدة دائماً، فيكذب ولا يقول الصدق، وأن يتعلم كيف يكون منافقاً، لا مخلصاً، بإختصار لابد أن يكون الإنسان ذئب لأخيه الإنسان .

يرى المفحوص أن هناك كثير من الأمور في الحياة، تحدث دون إرادة الإنسان، مثل إختيار أبيه وأمه، وعائلتة، وأصدقاءة وفقرة أو غناه، حتى المقامرة لم يختارها الإنسان ولكنها هى التى إختارتة، وبالرغم من أن الإنسان لا يملك من الأمر شئ، فهو أيضاً لا يستطيع التخلص منها مطلقاً .

الأحلام:

يشير المفحوص إلى أنه قليل الأحلام، ونادراً ما يحلم ويتذكر حلماً له، فقد يشعر أنه يحلم، لكنه لا يعرف للحلم أية تفاصيل .

ويشير ذلك إلى كثرة التفاصيل فى أحلامة، وإستخدام لغة الرمز بصورة مبالغ فيه، وهو ما يعكس فى محتوى آخر أن الرغبات فى أحلامة رغبات مستهجنة، سواء على المستوى الذاتى أو الموضوعى، مما يعنى أن هناك صراع ما بين المنظمات النفسية الثلاثة، الهو، الأنا، الأنا الأعلى، وهذا الصراع لم يحسم بعد .

نتائج الدراسة الكلينيكية ومناقشتها

يتناول الباحث فيما يلى نتائج الدراسة الكلينيكية من خلال النتائج الكمية الاحصائية التى تشير للتحقق من مدى صحة الفروض، هذا بالاضافة إلى تناول هذه النتائج من خلال البعد الكيفى الذى يتصل بالتحليل والتفسير الدينامى للحالات موضوع الدراسة، ويتضح ذلك من خلال ما يلى :

نتيجة الفرض الثالث:

لقد كان الفرض الثالث ينص على :

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجمعى، بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لسلوك المخاطرة فى إتجاه إنخفاض سلوك المخاطرةللجماعة العلاجية.

وللتحقق من صحة هذا الفرض، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة، قبل وبعد إستخدام اسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعى، وذلك كماهو موضح بالجدول التالى :

جدول (٣٩)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة قبل وبعد

إستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإســـــم	التطبيق القبلى	التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	رياض	٦٧	٦٣	٤	- ٢ر٥	٢٧ر٠٤
٢	هانى	٦٣	٤٩	١٤	٤ر٨	٢٣ر٠٤
٣	عبدالله	٦٧	٦٠	٧	- ٢ر٢	٤ر٨٤
٤	أحمـد	٦٣	٥٤	٩	-٢ر٠	٠ر٠٤
٥	بـدوى	٦٧	٥٢	١٢	+ ٢ر٨	٧ر٨٤
				٤٦		٦٢ر٨

م ف = مجـ ف / ن = ٤٦ / ٥ = ٩ر٢

ح ف = (ف - م ف)

ت = م ف / √(مجـ ح٢ف / ن (ن - ١)) = ٩ر٢ / √(٦٢ر٨ / ٢٠) = ٩ر٢ / ١ر٧٧ = ٥ر١٩

درجة الحرية = ن - ١ = ٥ - ١ = ٤

وبالكشف عن قيمة (ت) المحسوبة (٥ر١٩) عند درجة حرية (٤) وجد أنها دالة إحصائياً عند مستوى (٠ر٠١) ، مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض سلوك المخاطرة لدى المقامرين.

تفسير نتيجة الفرض الثالث :

تشير نتيجة الفرض الثالث إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين، قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لسلوك المخاطرة، فى إتجاه إنخفاض سلوك المخاطرة، حيث كانت قيمة (ت) = (١٩ر٥) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر)، وذلك فى إتجاه إنخفاض سلوك المخاطرة لدى المقامرين ممن تم تطبيق البرنامج العلاجى عليهم، مما يشير إلى أن هناك فاعلية لأسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعي، فى هفض سلوك المخاطرة لدى المقامرين، ويمكن تفسير ذلك كمياً كما يلى :

فمن الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (رياض) و (عبدالله) و (بدوى) قد حصلوا على أعلى الدرجات بالنسبة لسلوك المخاطرة حيث حصل كلاً منهما على (٦٧) درجة تائية، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى، وعلى الرغم من إنخفاض الدرجة بعد تطبيق البرنامج العلاجى، إلا أنها ما تزال فى النطاق المرضى، حيث حصل (رياض) على (٦٣) درجة تائية، وهى درجة ما تزال فى الجانب المرضى، أما المفحوص (عبدالله) فقد إنخفضت الدرجة الى (٦٠) درجة تائية وهى أيضاً درجة مرضية، أما بالنسبة للمفحوص (بدوى) فقد إنخفضت درجته بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥٢) درجة تائية، وقد يبدو هذا الانخفاض ملحوظا من حيث الشدة لكنه لم يصل بعد إلى درجة متوسطة.

كما أشارت النتائج إلى أن أكثر الحالات تحسنا، هو المفحوص(هاني)، حيث إنخفضت لديه الدرجة التائية على سلوك المخاطرة من (٦٣) إلى (٤٩) درجة تائية. وعلى الجانب الآخر نجد أن المفحوص (أحمد) قد حصل على (٦٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، قد إنخفضت لديه الدرجة لتصل إلى (٥٤) درجة تائية بعد البرنامج العلاجى، وهو ما يشير إلى تحسن فى حالته لكنه لم يصل بعد الى درجة متوسطة.

ومن ناحية أخرى نجد أن المفحوص (رياض) لم يجدى معه العلاج فى خفض سلوك المخاطرة لديه بدرجة كافية فقد حصل على (٦٣) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى، بدلاً من (٦٧) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، إلا أنها لم تزل فى النطاق المرضى.

هذا فيما يتصل بالناحية الكمية الاحصائية، والتى نرى أنها تقف عند محسوس الظاهر وترصد فقط دون أن تفسر وتحلل وتضع علامات الاستفهام، كى تصل لما هو وراء محسوس الظاهر، فتمسك بلامعقولية الباطن، فالأرقام لا تعيننا كثيرا على فهم سلوك فرد بعينه فى موقف محدد فى الزمان والمكان *(يوسف مراد، ١٩٦٣، ٥)* لذلك ننتقل إلى تناول نتيجة الفرض الثالث من خلال البعد الكيفى.

لقد حدث إنخفاض فى سلوك المخاطرة لدى المقامرين، نظراً لفاعلية جماعات الحوار، من حيث قدرتها على عمل نوع من الإتصال بالآخرين فى الجماعات العلاجية، حيث أن الالتقاء بالآخر عبر الجماعة العلاجية قد أدى إلى تخطى حواجز النرجسية وتحجيم دور التناقض الوجدانى الذى كان يشمل كراهية للذات وللآخرين، ثم القضاء عليها مما أدى إلى القضاء على مشاعر الذنب.

هذا وقد أدى البرنامج العلاجى أيضاً إلى نوع من الإستبصار بالأعراض الخاصة بهم، مما مكنهم من الإمساك بدرجات متفاوتة باللاشعور، وقد ظهر ذلك بوضوح فى الجلسات الكلينيكية، التي بلغت (٢٠) جلسة استطعنا من خلالها ان نلاحظ التطور فى كل حالة، من حيث الأعراض، والميكانيزمات الدفاعية، والعلاقة بالموضوع، والمقاومة، والطرح. ومن خلال ذلك استطاع البرنامج العلاجى أن يساعد المفحوصين على تحسين علاقتهم بذواتهم من ناحية، وبالآخرين من ناحية أخرى والقضاء على الطابع النرجسى للذات، وكذلك القضاء على الشعور بالذنب الذى يمثل جوهر الأزمة لدى المقامرين.

وقد ظهرت فاعلية البرنامج العلاجى من خلال الجلسات فى التركيز على الآثار السلبية لسلوك املخاطرة، مع التأكيد للمقامرين بأن المخاطرة ليست قيمة، وأنه ليس من الشجاعة أن تواجه مجهولا وتسعى وراء هدف قد يدمر ذات الفرد. فقد أدرك المقامرين – لدرجة ما – أن النشوة التى يشعرون بها من ممارسة المخاطرة فى المقامرة، إنما هى نشوة مفتعلة ونوع من الوهم الزائف، وان كان بالفعل يمثل نوعاً من السعادة فهى سعادة على حساب الذات وقيمتها، والأجدر بالمقامرين أن يخاطروا من أجل شئ ذى قيمة.

وإستطاع البرنامج العلاجى أن يزيل الفكرة الراسخة فى أذهان عينة المقامرين، من حيث أنهم يقامرون بحثاً عن الاثارة وطلبا للمخاطرة التى تقضي على الشعور بالملل، وذلك عن طريق توجيه إهتمامتهم إلى الكثير من الأنشطة التى تلائم طموحاتهم.

نتيجة الفرض الرابع: لقد كان الفرض الرابع ينص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة للدفعات الغرزية الجزئية، فى إتجاه إنخفاض الدفعات الغرزية الجزئية .

وينقسم الفرض الرابع إلى أربع فروض فرعية :

أ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى باسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد النظارية فى إتجاه إنخفاض النظارية .

ب - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبعد الاستعراضية فى إتجاه إنخفاض الاستعراضية .

حـ - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد السادية فى إتجاه إنخفاض السادية .

د - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد المازوخية فى إتجاه إنخفاض المازوخية .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (أ) المشتق من الفرض الرابع قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المقامرين على بُعد النظارية، قبل وبعد إستخدام أسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعى، وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول (٤٠)
يوضح نتائج إختبار (ت)
بين درجات المقامرين على بُعد النظارية قبل وبعد
بإستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإســـم	التطبيق القبلى	التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ف
١	رياض	٥١	٥٠	١	- ٢ر٤	١٧ر٦٤
٢	هانى	٦٠	٤٨	١٢	+ ٨ر٦	٤٦ر٢٤
٣	عبدالله	٥٧	٥٥	٢	- ٢ر٣	١٠ر٢٤
٤	أحمـد	٥٨	٥٤	٤	- ٢ر١	١ر٤٤
٥	بـدوى	٥٣	٤٦	٧	+ ٨ر١	٣ر٢٤
				٢٦		٧٨ر٨

$$م ف = \frac{مجـ ف}{ن} = \frac{٢٦}{٥} = ٢ر٥$$

ح ف = (ف - م ف)

$$ت = \frac{م ف}{\sqrt{\frac{مجـ ح٢ف}{ن (ن - ١)}}} = \frac{٢ر٥}{\sqrt{\frac{٧٨ر٨}{٥ - (٥-١)}}} = \frac{٢ر٥}{\sqrt{\frac{٧٨ر٨}{٢٠}}} = ٢ر٦٢$$

درجة الحرية = ن - ١ = ٥ - ١ = ٤

وبالكشف عن قيمة ت المحسوبة (٦٢ر٢) عند درجة حرية (٤) وجد أنها دالة إحصائيا عند مستوى (٠٥ر) مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض النظارية لدى المقامرين.

تفسير نتيجة الفرض (أ) المشتق من الفرض الرابع:

تشير نتيجة الفرض (أ) المشتق من الفرض الرابع، إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين، قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبعد النظارية، فى إتجاه إنخفاض النظارية، حيث كانت قيمة (ت) (٢٫٦٢) دالة إحصائياً عند مستوى (٠٫٠٥) وهو ما يشير إلى مدى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض معدلات النظارية لدى المقامرين.

ومن الناحية الكمية يتضح أن المفحوص (رياض) لم تتأثر درجته على مقياس النظارية قبل وبعد العلاج، حيث حصل المفحوص على (٥١) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، إنخفضت هذه الدرجة إلى (٥٠) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وهو إنخفاض غير دال، وتشير درجات المفحوص الثاني (هانى) إلى أنه أكثر الحالات تحسناً، حيث حصل المفحوص على (٦٠) درجة تائية قبل العلاج، إنخفضت إلي (٤٨) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وهو إنخفاض دال يعبر عن تحسن حالة المفحوص، أما بالنسبة للمفحوص الثالث (عبدالله) فقد حصل على (٥٧) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، إنخفضت هذه الدرجةإلى (٥٥) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وهو إنخفاض غير دال ، يشير إلى أن المفحوص لم يزل بعيداً عن السوية بعض الشئ، وبالنسبة للمفحوص الرابع (أحمد) فقد حصل على (٥٨) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، إنخفضت إلى (٥٤) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وهى درجة لم تصل إلى الحد المتوسط.

أما الحالة الخامسة (بدوى) فقد حصل على (٥٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، إنخفضت هذه الدرجة لتصل إلى (٤٦) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وهى درجة حدية، أى أنها بين بين، تقع بين السوية والمرض.

ومن الناحية الكيفية يتضح لنا أن البرنامج العلاجى قد إستطاع أن يحدث تغيرات فى البناء النفسى، وخاصة فى الأفعال الانحرافية الخاصة بالنظاريةعن طريق إستقامة العلاقة بالموضوع، وإكتساب نمط من العلاقات مع الآخرين أكثر نضجاً، إستطاع من خلاله المقامر أن يشعر بأنه ذات مقبولة فخطئ أولى خطواته نحو الصحة النفسية. وقد إنخفضت النظارية لدى

المقامرين عندما حدث نوع من الاستبصار إلى الامساك بها، فأصبح المقامر يتحكم فى النظارية بعد أن كانت النظارية هى التى تتحكم فيه. وقد ساعد البرنامج العلاجى المقامرين كى يصلوا لهذه المرحلة، من خلال العلاقة الطيبة بالآخر، وجو الدفء والتسامح الذى خلقته جماعات الحوار. فعندما أصبح الآخر متاح للمقامر، أصبح الليبدو الشاغر ملئ بطاقة الحب بدلا من طاقة الكراهية، فأصبحت النظارية عديمة الفائدة، فبعد أن كان المقامر يخاف من فقدان الموضوع، أصبح الموضوع فى متناول الأعين قبل أن يكون فى متناول اليد.

وقبل أن يتم تطبيق البرنامج العلاجى، كان البناء النفسى للمقامر هاشاً محبطاً وما أن إشتدت فاعليات الجلسات العلاجية، إستعاد بعض المقامرين قواهم النفسية، فتغلبوا على جزء كبير من إحباطاتهم وكذلك أوهامهم الذاتية، فأصبح الأنا على درجة من القوة. وإذا كانت النظارية قدرة ما لا قدرة له، فقد أصبح المقامر بعد البرنامج العلاجى على درجة من القوة تجعله ليس بحاجة لأن يكون نظارى.

نتيجة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع

يشير الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحُوار بالنسبة لبعد الإستعراضية، فى إتجاه إنخفاض الاستعراضية .

وللتحقق من صحة الفرض الفرعى (ب) المشتق من الفرض الرابع، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المقامرين على بُعد الاستعراضية، قبل وبعد إستخدام اسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعى، وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول(٤١)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المقامرين على بُعد الاستعراضية قبل وبعد

باستخدام اسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإســـــم	التطبيق القبلى	التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ف
١	رياض	٤٩	٤٨	١	٦ر٠	٣٦ر٠
٢	هانى	٤٥	٤٥	صفر	- ٤ر٠	١٦ر٠
٣	عبدالله	٥٤	٥٣	١	٦ر٠	٣٦ر٠
٤	أحمـد	٤٣	٤٣	صفر	- ٤ر٠	١٦ر٠
٥	بـدوى	٤٢	٤٢	صفر	- ٤ر٠	١٦ر٠
				٢		٢ر١

$$\text{م ف} = \frac{\text{مجـ ف}}{\text{ن}} = \frac{٢}{٥} = ٤ر٠$$

ح ف = (ف − م ف)

$$\text{ت} = \frac{\text{م ف}}{\sqrt{\frac{\text{مجـ ح٢ف}}{\text{ن (ن − ١)}}}} = \frac{٤ر٠}{\sqrt{\frac{٢ر١}{٢٠}}} = \frac{٤ر٠}{٢٤ر٠} = ٦٦ر١$$

درجة الحرية = ن − ١ = ٥ − ١ = ٤

وبالكشف عن قيمة (ت) المحسوبة (٦٦ر١) عند درجة حرية (٤) وجد أنها غير دالة إحصائياً سواء كان ذلك عند مستوى (٠٥ر) أم عند مستوى (٠١ر) مما يشير إلى أن البرنامج العلاجى لم يجدى فى خفض معدل الاستعراضية لدى المقامرين.

تفسير نتيجة الفرض (ب) المشتق من الفرض الرابع:

تشير نتيجة الفرض (ب) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبعد الاستعراضية حيث كانت قيمة (ت) (٦٦ر١)غير دالة إحصائيا.

وليس معنى أن الفرض لم يتم تحقيقه أنه فرض خاطئ، ولكن معنى ذلك أيضاً أننا قد وصلنا إلى نتيجة.

فمن الناحية الكمية يتضح لنا أن المفحوص (رياض) قد حصل على (٤٩) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، إنخفضت إلى (٤٨) درجة تائية، وهو إنخفاض غير دال، أما المفحوص الثانى (هانى) فقدحصل على (٤٥) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، وكذلك بعد تطبيق البرنامج العلاجى، حصل على نفس الدرجة والمفحوص الثالث (عبدالله) حصل على(٥٤) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، إنخفضت إلى درجة واحدة، لتصبح (٥٣) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وبالنسبة للمفحوص الرابع (أحمد) فقد حصل على (٤٣) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى وبعد تطبيقه، وكذلك حصل المفحوص الخامس (بدوى) على (٤٢) درجة تائية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى ويرى الباحث أن البرنامج العلاجى لم يستطيع أن يقلل من درجة الإستعراضية لدى المقامرين لأن درجاتهم فى الأساس لم تكن درجات تعبر عن جانب مرضى، بقدر ما كانت تعبر عن جانب سوى، كما أن فاعليات وديناميات البرنامج العلاجى فى إستخدامه لجماعات الحوار يعتمد على رأب الصدع للبنية النفسية المرضية، أما وإن كانت هذه البنية سليمة فيما يتصل بالإستعراضية، فإنه يبدو أن ليس هناك فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجى باسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد الاستعراضية.

وفى هذا الصدد، يشير (بانستر) إلى أن الطرق العلاجية للمقامرين قد تكون عديمة الفائدة إذا كان المقامرين لم يصلوا بعد للدرجة المرضية ، وهنا يجب أن ندرك أن ذلك لا يعبر عن فشل الطرق العلاجية للمقامرة، بقدر ما يعبر عن أن المقامرين لا يحملون أى دلالة مرضية يمكن علاجها ***(Bannister, G. 1977, p. 224)***.

نتيجة الفرض الفرعى (حـ) المشتق من الفرض الرابع:

تشير نتيجة الفرض الفرعى (حـ) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد السادية فى إتجاه إنخفاض السادية ل.

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث بما يلى :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التى حصل عليها المقامرين على بُعد السادية، قبل وبعد إستخدام اسلوب جماعات الحوار، كأحد أساليب العلاج الجماعى، وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول(٤٢)
يوضح نتائج إختبار (ت)
بين درجات المقامرين على مقياس السادية قبل وبعد
بإستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإســــم	التطبيق القبلى	التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ف
١	رياض	٦٥	٦١	٤	-٢ر٣	٢٤ر١٠
٢	هانى	٦٦	٥٥	١١	+٨ر٣	٤٤ر١٤
٣	عبدالله	٦٨	٦٣	٥	-٢ر٢	٨٤ر٤
٤	أحمـد	٦٦	٥٩	٧	-٢ر٠	٠٤ر٠
٥	بـدوى	٦٦	٥٧	٩	+٨ر١	٢٤ر٣
				٣٦		٨ر٣٢

$$م ف = \frac{مج ف}{ن} = \frac{٣٦}{٥} = ٢ر٧$$

$$ح ف = (ف - م ف)$$

$$ت = \frac{م ف}{\sqrt{\frac{مج ح٢ف}{ن (ن - ١)}}} = \frac{٢ر٧}{\sqrt{\frac{٨ر٣٢}{٢٠}}} = ٦٢ر٥$$

درجة الحرية = ن - ١ = ٥ - ١ = ٤

وبالكشف عن قيمة (ت) المحسوبة (٦٢ر٥) عند درجة حرية (٤) وجد أنها دالة إحصائيا عند مستوى (٠١ر٠) مما يشير لفاعلية البرنامج العلاجى فى خفض معدلات السادية.

تفسير نتيجة الفرض الفرعى (حـ) المشتق من الفرض الرابع:

تشير نتيجة الفرض الفرعي (حـ) المشتق من الفرض الرابع، إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد السادية، فى إتجاه إنخفاض السادية، حيث كانت قيمة (ت) (٦٢ر٥) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر٠)، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الطلابى فى خفض معدلات السادية. ويمكن تفسير ذلك كما يلى :

من الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (عبدالله) قد حصل على أعلى الدرجات بالنسبة لبعد السادية، (٦٨) درجة تائية، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى، وقد انخفضت هذه الدرجة، لتصل إلى (٦٣) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وبرغم إنخفاض الدرجة إلا أنها ما زالت فى النطاق المرضى. وبالنسبة للمفحوص (أحمد) فقد حصل على (٦٦) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى، ثم إنخفضت الدرجة بعد تطبيق البرنامج العلاجى لتصل إلى (٥٩) درجة تائية ، وهو ما يشير إلي تحسن فى حالة المفحوص ، لكنة لم يصل بعد إلى درجة متوسطة كما أشارت النتائج إلى أن المفحوص (هانى) كان أكثر الحالات تحسنا فيما يتصل ببعد السادية ، إذ حصل قبل تطبيق البرنامج العلاجى على (٦٦) درجة تائية ، ثم إنخفضت بعد تطبيق البرنامج العلاجى إلى (٥٥) درجة تائية ، وهو إنخفاض ملحوظ لكنه لم يصل لدرجة متوسطة .

وبالنسبة للمفحوص (رياض) فقد حصل على (٦٥) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، ثم إنخفضت هذه الدرجة لدية بعد البرنامج العلاجى لتصل إلى (٦١) درجة تائية ، وهو ما يشير لحدوث تحسن فى حالتة ، لكنها لم تزل فى النطاق المرضى .

أما بالنسبة للمفحوص (بدوى) فقد إنخفضت درجتة بعد تطبيق البرنامج العلاجي إلى (٥٧) درجة تائية بعد أن كانت (٦٦) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وهو ما يؤكد الدور الفعال لأسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى ومن الناحية الكيفية يتضح لنا أن البرنامج العلاجى، إستطاع من خلال لغة الحوار ، أن يخلق نوعا من التقارب بين الأنا والآخر ، فتحولت العلاقة بين المقامر والآخرين ، من علاقة إجتماعية عن بعد ، إلى

علاقة صداقة عن قرب لا تهدف لشئ إلا لرغبة فى الآخر ذاته و ،من ثم إستطاع المقامر أن يتخلي نسبياً عن أنانيته ونرجسيته والحقد الدفين داخلة ، فانخفضت ساديته ، وبذلك إستطاع المقامر أن يعيد لذاته نوعا من التوازن الذاتى ، إذا أنه بتخيلة عن ساديته ، إستطاع أن يوفر جزءاً كبيراً من الطاقة النفسية فلم يعد مهما أن تصل ساديته للآخرين ، ولا يفيد أن يشعر الاخر بالنقص والدونية ، فقد أدرك المقامر نسبيا أن خيبة أمل الآخرين وحرمانهم وآلامهم ، لا تفيد في شئ ، ومن ثم إستطاعت الدفعات الغريزية أن تتلائم من جديد تحت شعار الحب ، بعدما تفككت من قبل تحت راية الكراهية وتوجية الأحقاد للاخرين.

وقد إستطاع البرنامج العلاجى من خلال إستخدام جماعات الحوار، أن ينمى لدى المقامر فكرة (الإدارة) فكثير من الأفعال والسوكيات السادية لدى المقامر تنتج من خلال إختلال الإدارة لديه لأتفه الأسباب، ومن خلال البرنامج العلاجى والإستبصار الذى تم لدى المقامرين، أصبح لدى عنية المقامرين بعضاً الإرادة التي إستطاعت أن تضبط المسافة بين المقامر والآخرين . ومن خلال ذلك إنخفضت حدة الرغبات المستهجنة ، ومن قبيل العنف والعدوان . والتملك والحيازة ، وتحولت الرغبة فى غزو الآخر والسيطرة علية إلى رغبة فى الإتحاد به والتطلع إلية ، إذ أدرك المقامر أن تملك الآخر أمراً مستحيل ، وأن الممكن هو الاتحاد به . فتخلي المقامر بذلك عن نرجسيتة التي كانت تحاول مراراً أن تضع الآخر تحت إمرة الذات ، وبالتخلي عن النرجسية إستعادت الأنا لدى المقامر بعضاً من شتات الشخصية .

نتيجة الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الرابع :

يشير الغرض الفرعي (د) المشتق من الفرض الرابع إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعى بأسلوب جماعات الحوار بالنسبة لبعد المازوخية فى إتجاه إنخفاض المازوخية .

وللتحقيق من صحة الفرض الفرعى (د) المشتق من الفرض الرابع ، قام الباحث باتباع الخطوات التالية :

حساب قيمة (ت) بين متوسطات الدرجات التي حصل عليها المقامرين علي بعد المازوخية قبل وبعد إستخدام أسلوب جماعات الحوار ، كأحد أساليب العلاج الجماعى ، وذلك كما هو موضح بالجدول التالى :

جدول(٤٣)

يوضح نتائج إختبار (ت)

بين درجات المقامرين على بُعد المازوخية قبل وبعد

باستخدام اسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعي

م	الإســــم	التطبيق القبلى	التطبيق البعدى	ف	ح ف	ح ٢ ف
١	رياض	٧٠	٦٦	٤	– ٨	٦٤
٢	هانى	٧٠	٥٢	١٨	+ ٦	٣٦
٣	عبدالله	٧١	٦٢	٩	– ٣	٩
٤	أحمـد	٧٠	٥٤	١٦	+ ٤	١٦
٥	بـدوى	٧١	٥٨	١٣	+ ١	١
				٦٠		١٢٦

$$م\,ف = \frac{مجـ\,ف}{ن} = \frac{٦٠}{٥} = ١٢$$

$$ح\,ف = (ف - م\,ف)$$

$$ت = \frac{م\,ف}{\sqrt{\frac{مجـ\,ح^{٢}ف}{ن(ن-١)}}} = \frac{١٢}{\sqrt{\frac{١٢٦}{٥(٥-١)}}} = ٤٫٨$$

درج الحرية = ر – ١ = ٥ – ١ = ٤

وبالكشف عن قيمة (ت)المحسوبة (٤,٨) عند درجة حرية (٤) وجد أنهـــا دالة إحصائية عن مستوى (٠١,) مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض المازوخية لدى المقامرين.

تفسير نتيجة الفرض (د) المشتق من الفرض الرابع :

تشير نتيجة الفرض (د) المشتق من الغرض الرابع ، إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين قبل وبعد العلاج الجماعي بأسلوب جماعات الحوار، بالنسبة لبعد المازوخية ، فى إتجاه إنخفاض المازوخية ، حيث كانت قيمة (ت) (٤,٨) دالة إحصائياً عن مستوى (٠,٠١) مما يشير إلى فاعلية البرنامج العلاجى فى خفض معدل المازوخية. ويمكن تفسير ذلك من خلال ما يلى :

من الناحية الكمية أوضحت النتائج أن المفحوص (عبد الله) و (بدوى) قد حصلا على أعلى الدرجات بالنسبة لبعد المازوخية ، حيث حصل كل منها على (٧١) درجة تائية ، وذلك قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، وعلى الرغم من إنخفاض الدرجة إلى (٦٢) درجة تائية بالنسبة للمفحوص (عبد الله) بعد تطبيق الدرنامج العلاجى ، وإلا أنها ما تزال فى النطاق المرضى أما بالنسبة للمفحوصين (بدوى) فقد إنخفضت الدرجة على بعد المازوخية بعد تطبيق البرنامج العلاجى لتصل إلى (٥٨) درجة تائية وقد يبدو هذا الإنخفاض ملحوظا من حيث درجة الشدة ، لكنة لم يصل بعد إلى درجة متوسطة ، كما أشارت النتائج إلى أن المفحوص (هانى) كان أكثر الحالات تحسنا فيما يتصل ببعد المازوخية ، إذ حصل على (٧٠) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، لتنخفض إلى (٥٢) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وعلى الجانب الآخر نجد أن المفحوص (أحمد) قد حصل علي (٧٠) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، إنخفضت إلي (٥٤) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، وهو ما يشير إلى تحسن فى حالتة بالنسبة للمازوخية ، لكنة لم يصل بعد إلى درجة متوسطة ، وفى الوقت نفسة نجد أن المفحوص (رياض) لم يجدى معة البرنامج العلاجي فى خفض المازوخية ، فقد حصل علي (٧٠) درجة تائية قبل تطبيق البرنامج العلاجى ، إنخفضت إلي (٦٦) درجة تائية بعد تطبيق البرنامج العلاجى ، هذا فيما يتصل بالناحية الكمية وفيما يتصل بالنواحي الكيفية ، فقد استطاع البرنامج العلاجى أن يحدث نوعاً من المصالحة بين الأنا الأعلى والأنا لدى المقامر، مما أدى لأن يتخلي الأنا الأعلى عن جزء كبير من ساديتة وقسوتة تجاه الأنا لدى المقامر. وقد أدى ذلك لنوع من التوافق بين المنتظمين (الأنا الأعلى والأنا) فى التفكير والوجدان والسلوك . فتخلي الأنا عن الطابع الأنثوى الذى كان دائما يتطلب العقاب ، فعندما

حدث السلح بين الأنا والأنا الأعلى ، إنخفض الشعور بالذنب لدى المقامر ، فأصبح أقل مازوخية .

ومن خلال الحالات الكلينيكية ، إتضح أن المقامرين ينظرون إلى الخسارة بأنها لابد وأن يتبعها فوز كبير ، وكان الألم فى نظرهم لا يبدو أن يلحق به لذة وسعادة ، وهو ما أدى إلي مازوخية شديدة لدي المقامر ، وإستطاع البرنامج العلاجى أن يعدل نسبيا هذه الفكرة ، وإنه فى الغالب يؤدى الألم والخسارة إلى ألم وخسارة أخري . كما أنه عندما إستقامت العلاقة بين الأنا و الأنا الأعلى من ناحية ، وبين الأنا والآخر من ناحية أخرى، أصبحت القضية مودا ه أن « الألم لا يفيد» وأن الأثارة والمخاطر ولذة الألم ستؤدى فى النهاية إلى الإنتحار ، فمن خلالها يخسر المقامر يوما بعد يوم مالة وذاته . ومن خلال هذا التعديل الفكرى ، إستطاع البرنامج العلاجى أن يقضى نسبياً على التناقض الوجداني المتمثل فى أن عذاب المقامر وهو مصدر ساديته ، فتحولت المعادلة إلي أن عذابه يؤدى إلى عذاب ، وسعادته هي مصدر لذته .

وإستطاع البرنامج العلاجى أن يحقق ذلك أيضا من خلال القضاء نسبياً علي نرجسيته المقامر ، والتي كانت أحد أسباب مازوخيته ، إذا أن المقامر من خلال المازوخية يرتد إلى ذاته ، يحاول أن يعيدها لقواها ، وفى هذا إستثمار للشحنات الليبيدية من العالم الموضوعى ، إلى العالم الذاتي ، فأصبح المقامر من خلال البرنامج العلاجى يستثمر شحناته الليبيدية فى العالم الموضوعى بدلاً من الذات.

ويشير (ديكرسون) إلى أن القضية الأساسية لدى المقامر هى الإدراك الخاطئ فى الحصول على اللذة ، مما يجعله يسلك سلوكيات تختلف جذرياً عن سلوكياتنا نحن العاديين، ولو استطاع المعالج النفسى أن يعدل من الافكار المريضة للمقامر فى حصوله علي اللذة ، لأستطاع أن يعالجه من المقامرة *(Dickerson, M, 1988 . p.137)*.

توصيات الدراسة :

توصى الدراسة الحالية بالعديد من التوصيات غير المبالغ فيها والتي تسير وفق حاجات المجتمع ومتطلباته وقدراته أيضا وإذ نقول بضرورة هذه التوصيات ، فلابد ألا ننتظرها بعيدا عن النظرة العملية العلمية ، وتتضمن هذه التوصيات ما يلى :

١ - عدم النظر للمقامرين على أنهم فئة واحدة ، بل فئات متعددة تمثل المقامر الإجتماعى، والمقامر المخترف ، والمقامر الهاوى ، و المقامر بالصدفة، والمقامر المرضى، أى أنه لا بد من أن نتوخي الدقة فى تصنيف المقامرين حتى نتمكن من التعامل معهم والنظرة إليهم ، فنحن ننظر للمقامر على أنها (جريمة) تتطلب العقاب ، وليس (مرض) يستوجب العلاج وذلك بسبب الخطأ الذى نقع فيه ، من حيث أن كل المقامرين مجرمين، أما وإن قمنا بتصنيفهم علمياً ، نستطيع أن ندرك أن (المقامر المرضى) حالة تستوجب العلاج ولا تتطلب العقاب كالمجرمين وبالطبع سيساعدنا على مناقشة الظاهرة بنوع من الحرية ، لكن النظرة القاصرة على أن المقامرة جريمة ، هو ما يجعلها تعمل فى الخفاء .

٢ - يجب أن نخصص فى العيادات والمستشفيات أقسام لعلاج المقامرة المرضية ، لا عن طريق العلاجات الطبية وإنما النفسية . ولكي يتم العلاج بدرجة عالية الدقة ، يجب أن نهتم أولا بوضع العديد من المقاييس العلمية عالية التقنين والتى تحدد أسباب أعراض المقامرة ، وأهم الطرق العلاجية ذات الفاعلية فى العلاج .

٣ - ينبغي علي المؤسسات الإعلامية أن تهتم بعض الشئ بظاهرة المقامرة خاصة وأنها إنتشرت عن ذى قبل ، وأن يتم مناقشة هذه الظاهرة من جوانب عديدة : دينيا، واجتماعيا ونفسياً وتربوياً ، بل وإقتصاديا .

٤ - العمل علي الحيلولة دون وقوع الفرد فى المقامرة ، من خلال الإهتمام بالأنشطة والمهارات الاجتماعية التي يمارسها الفرد مع الإهتمام بكل تافة وصغير من أنشطة الفرد فى علاقاته بالآخرين ، وخاصة فى مرحلة المراهقة ، التى أكد العديد من الباحثين على أنها الفترة التى يصبح فيها الفرد مقامراً .

٥ - وضع العديد من القيم والمبادئ الأخلاقية ، التي تتناسب وطبيعة الفرد فى كل مرحلة، وتتناسب هذه القيم أيضا مع طبيعة المجتمع . كما يجب إلا يتوقف غرس القيم والمبادئ عند مرحلة بعينها ، بل ويستمر من الطفولة وحتى نهاية المراهقة وبدايات الرشد .

بحوث مقترحة :

من خلال ما تناوله الباحث من إطار نظرى ودراسات سابقة إتضح أن هناك كثير من المتغيرات ذات الصلة الوثيقة بالظاهرة موضوع البحث ، (المقامرة تلك المتغيرات التى لا يكفى أن نشير لها فى دراسة سابقة أو جانب من جوانب الإطار النظرى ، بل تتطلب أبحاثا خاصاً ، يستطيع من خلالها أي باحث أن يلقى الضوء تفصيلاً وتوضيحا ، ومن هنا يقترح الباحث العديد من البحوث فيما يلى :

١ - القدرة على التحكم illusion of control كأحد المحددات الأساسية للمقامرة المرضية .

٢ - لذة الانحراف وعلاقتها بالتشوه الادراكى والتفكير غير المنطقي لدي المقامر المرضى

٣ - إحيـاء المعنى كبداية تمهيدية لعلاج المقامر المرضى .

٤ - المحددات النفسية والاجتماعية للمقامرة .

٥ - وجهة الضبط وعلاقتها بوهم القدرة علي التحكم لدى المقامر .

٦ - الإتصال غير اللفظى علاقته بالذكاء الإنفعالى لدى المقامر.

٧ - دور المقامرة فى نهجه Modeling الشخصية.

٨ - سمات الشخصية وعلاقتها بالمقامرة المرضية.

٩ - دور التدعيمات النفسية الاجتماعية فى الإستمرار فى المقامرة.

١٠ دناميات البناء النفسى والعلاقة بالموضوع لدى المقامر .

١١ - المحددات الانفعالية وعلاقتها بالمقامرة المرضية .

١٢ - الديناميات النفسية لمقامرة المحترفين والمقامرة المرضية :دراسة مقارنة .

١٣ - بنية الخيال فى علاقتها باضطراب البناء النفسى لدى المقامر.

أولا : ملخص باللغة العربية :

فى الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى فى العلاج الجمعى

مقدمة

ما من شك فى أن سلوك المقامرة يؤدى لكثير من المشكلات النفسية والاجتماعية ، وأضعف الأيمان أنها تجعل المقامر بعيد عن منزله واسرته وأصدقائه ، ومن ناحية أخرى ، فإن المقامر قد لا يفقد فقد أسرتة ، أو أصدقائة ، بل يفقد أيضاً كل ما إقترضه من مال ، من كل المصادر المتاحة له وربما يؤدي به ذلك إلى السرقة والإختلاس ، وإرتكاب جرائم النصب والإحتيال، إلى أن يقبض عليه ويودع فى السجن ، وسلوك المقامرة بطبيعته يمثل لغزاً وجانبا من جوانب السلوك الإنسانى الملئ بالعديد من التناقضات وبذلك تعتبر كل أشكال المقامرة نوعاً من التحدى لأفضل النظريات الخاصة بطبيعة الإنسان ، فكل أشكال المقامرة تقريبا بنيت على أساس أنه يجب علي المقامر أن يتوقع الخسارة ، فكل شئ سواء . من أجل ذلك يترك المقامرين كل شئ ذى قيمة وحتى تقديرهم لذواتهم وكل شئ ذى قيمة . من أجل ذلك نتساءل : لماذا يصر المقامر على المقامرة حتى لو فقد كل شئ؟ وهل هناك قهر فى المقامر يجعل بعض الأفراد لا يقاومها؟ وهل هناك نمط معين للأشخاص الأكثر ميلا للمقامرة المرضية ، ولأى مدى ترتبط المقامرة المرضية بسلوك المخاطرة والغرائز الجزئية .

أهمية الدراسة :

١ - تحاول الدراسة إكتشاف مجال نادراً ما يتقرب منه الباحثين فى علم النفس ، ألا وهو دراسة الدفعات الغرزية الجزئية لدى المقامرين وعلاقتها بسلوك المخاطرة لديهم .

٢ - علاوة على ذلك ، تبدو أهمية الدراسة فى إعداد مقياس لسلوك المخاطرة وترجمة وتقنين مقياس للمقامرة المرضية

٣ - وترجع أهمية هذه الدراسة أيضاً فى إضافتها لبعد جديد ، وهو إمكانية العلاج لكلا من سلوك المخاطرة والدفعات الغرزية الجزئية لدى المقامرين ، إذ أن الاتجاهات الخاصة بالجوانب المرضية والعلاجية ، علي الرغم من ندرتها ، إلا أنها تركز على المقامرة ونظريات المقامرة .

مشكلة الدراسة :

فى محاولتنا لفهم لماذا يقامر الناس فقد ندرس ذلك من خلال وجهة نظر مختلفين تماما : فقد نبحث فى تفسير العمليات المتضمنة داخل الفرد ، أو بحث فى تفسير العوامل الموقفية وتأثيرها علي التحكم فى الفرد ، ومن ناحية أخري قد نحاول وصف ردود الأفعال المعرفية أو الخاصة بالمشاعر والدوافع ، تلك التى تحدد لدرجة كبيرة هل يقامر الفرد أم لا . وفى ضوء ذلك يمكن تحديد مشكلة الدراسة من خلال الإجابة علي التساؤلات التالية :

١ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين علي مقياس سلوك المخاطرة ؟

٢ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين علي مقياس الدفعات الغرزية الجزئية (النظارية ، الإستعراضية ، السادية ، المازوخية) ؟

٣ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين علي مقياس المخاطرة. قبل وبعد استخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى؟

٤ - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين علي مقياس الدفعات الغرزية الجزئية ، قبل وبعد استخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى .

أهداف الدراسة :

١- تحاول الدراسة أن تكشف بعض الديناميات النفسية للمقامرين، مثل سلوك المخاطرة والغرائز الجزئية .

٢- إعداد مقياس لسلوك المخاطرة وترجمة وإعادة تقنين مقياس للمقامرة المرضية يتلائم مع عنية الدراسة من المقامرين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٨: ٤٠ سنة) .

٣- تحاول الدراسة إختبار مدى فاعلية أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى، لعلاج كلاً من سلوك المخاطرة والنزعات الغرزية الجزئية بأبعادها (النظارية، الإستعراضية، السادية، المازوخية) لدى المقامرين .

فروض الدراسة :

أولاً: فروض الدراسة التجريبية :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة فى إتجاة إرتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين .

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين بالنسبة للدفعات الغرزية الجزئية فى إتجاة إرتفاع الدفعات الغرزية الجزئية لدى المقامرين .

ثانياً: فروض الدراسة الكلينيكية

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة قبل وبعد تطبيق أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فى إتجاة إنخفاض سلوك المخاطرة .

٤- توجد كفروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين على مقياس الدفعات الغرزية قبل وبعد تطبيق أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فى إتجاة إنخفاض الدفعات الغرزية الجزئية .

منهج الدراسة:

إستخدم الباحث منهج الكلينيكية الإنتقائية والتى إلتزم فيها بمحددات المنهج التجريبى، حيث المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة والصراحة التى تقترب بنا من الموضوعية (إن كانت كذلك) وذلك باستخدام أدوات سيكومترية وشبة إسقاطية مقننة، بجانب الإعتماد على جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى فى معالجة كلاً من سلوك المخاطرة والدفعات الغرزية الجزئية لدى المقامرين .

عينة الدراسة .

أولاً: عينة الدراسة التجريبية :

تتكون العينة التجريبية من (٣٠) مقامراً، بينما تتكون العينة الضابطة من (٣٠) مفحوص، تتراوح أعمارهم ما بين (١٨: ٤٠) سنة .

ثانياً: عينة الدراسة الكلينيكية

طبقاً لمنهج الدراسة الذى يجمع بين المنهجين التجريبى والكلينيكى فقد قام الباحث باختيار عينة تتكون من (٥) من المقامرين وذلك بهدف معالجتهم باستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى .

الأدوات:

١- إستمارة المستوى الإجتماعى الإقتصادى	إعداد / كمال الدسوقى
٢- مقياس سلوك المخاطرة	إعداد / الباحث
٣- مقياس المقامرة المرضية	ترجمة وتقنين / الباحث
٤- مقياس الدفعات الغرزية الجزئية	إعداد/ حسين سعد الدين الحسينى
٥- المقابلة الكلينيكية	إعداد/ سامية القطان

٦- جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى.

الأسلوب الإحصائى المستخدم

١- الدرجة التائية

٢- اختبار (ت)

٣- إختبار (ف).

٤- معامل الثبات

٥- التحليل العاملى

نتائج الدراسة :

أولاً: نتائج الدراسة التجريبية :

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر) فى إتجاة إرتفاع سلوك المخاطرة لدى المقامرين .

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين وغير المقامرين على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية، حيث جاءت قيمة (ت) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ر) فى إتجاة إرتفاع الدفعات الغرزية الجزئية لدى المقامرين. ما عدا بعد الاستعراضية فقد جاءت نتائجه غير داله إحصائياً.

ثانياً: نتائج الدراسة الكلينيكية :

أولاً: النتائج الكمية للدراسة الكلينيكية :

٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة قبل وبعد إستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى عند مستوى (٠١ر) فى إتجاه إنخفاض سلوك المخاطرة .

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المقامرين على مقياس الدفعات الغرزية الجزئية قبل وبعد إستخدام أسلوب جماعات الحوار كأحد أساليب العلاج الجماعى عند مستوى (٠٥ر) فى إتجاة إنخفاض النزعات الغرزية الجزئية . عدا بعد الإستعراضية فقد جاءت نتائجه غير دالة إحصائياً.

ثانياً: النتائج الكيفية للدراسة الكلينيكية

أدت الجلسات العلاجية لاتاحة الفرصة أمام المقامرين لتفريغ الإنفعالات المكبوتة لديهم، والاستبصار بذواتهم وبالبيئة، كما أدت إلى إكتمال النضج والإستقلال الذاتى لديهم لكى يتغلبوا على مشاكلهم ويقومون بحلها بأنفسهم من خلال الاستبصار بها عبر الأفراد الآخرين كما أدت الجلسات الجماعية لاتاحة الفرصة أمام المقامرين لايجاد التأييد والتشجيع المتبادل الذى سهل لهم مناقشة مشكلاتهم بصراحة أمام الآخرين، كما ظهرت الثقة لديهم فى القيام بالسلوك المقبول وتقبل الذات والإرتباط بالواقع. .

In psycholoical dynamics of The gambler

As revealed in group Therapy

Introduction:

There is no doubt that gambling behaviour causes psychological and social problem . At lower Level, it takes the gambler away from home, family and Friends, on the other hand, the gambler may Lose, not only his family or friends, but all of money that can be borrowed from all avaliable sources and may steal, embezzle, and commit fraud until caught and imprisoned. Gambling behaviour is an enigma, it is an area of human behaviour that is full of paradoxes. Most of all, it is a challenge to our best theories of human nature, Nearly all gambling is so structured that the gambler should expect to lose, all thing being equal. for that, gamblers give up every thing of value in their lives in order to gamble: The family, the properties, the friends, until their self esteem and the assest. so, why do gamblers persist with their gambling until they have Lost everything? is there acompulsion to gamble which is irresistable for some people? is there a type of person who is prone to pathological gamling and to what extend pathological gambling is relate to Risk-taking and partial instinct.

Imporance of the study :

1- Study attempt to explore a field rarely approached by researcher in psychology: partial instinct impulses of the gamblers and

it's relation to Risk-taking .

2- in addition, the inportance of this study is preparing a risk-taking behaviour scale, and translate and re-Standardizie of pathological gambling scale .

3- The importance of this study lies in adding a new prespective the posipilities of risk-taking behaviour and partial instinct impulses therapy, since, as far as the researcher knows patholoical and treatment researches, despite rarety have focused upon gambling and gambling theories .

Problem of the study

in attemting to understand why people gamble we can take one of two quite different perspectives: we may search for the explanation in the process within the person or we may search for the explanation in situational contexts exerting control over the person. on the one hand we may try to describe the cognitions, Feeling, motives reaction within the person which determine whether or not gambling takes placein light of this we can specify the main focus of study by answering those following questions:

1- Are there statistically signficant differences between the average scores of gambler and non-gambler Acording to risk-taking scale?

2- Are there statistically significant differences between the average score of gambler and non-gambler according to the partial

instinct impulse scale (voyeurism, Exhibitionism, sadism, Masochism) ?

3- Are there statistically significant differences between the average scores of gamblers through the risk-taking scale befor and after employing the Encounter-Group Techique as one of the method of Group Therapy ?

4- Are there statistically significant differences between the average scores of gamblers through the partial instinct impulses scale befor and after employing the Encounter Group Technique as one of the method of Group Therapy ?

Aims of the study

1- study attempt to explore some of psychological dynamics of the gamblers. just like risk-taking behaviour and partial instinct impulses .

2- prepare a risk-taking behaviour scale and translate and re-standardize of pathological gambling scale and translate and re-standardize of pathological gambling scale to suit the group of the study sample: gambler. (18-40 years) .

3- The study test the efficiency of the Encounter-Group Technique as one of the methlods of group therapy for curing risk-taken, partial instinct impulses with all their dimensions (voyeurism, Exhibitionism, sadism, Masochism) among gamblers.

Hypotheses of the study

First: Hypotheses of the Experimental study:

1- There are statistically significant differences between the average score of gambler and non-gambler according to the risk-taken behavior scale .

2- There are Statistically significant differences between the average score of gambler and non-gambler according to the partial instinct impulses scale (Voyeurism, Exhibitionism, Sadism, Masochism) .

Second: Hypotheses of the clinical study :

3- There are Statistically Significant differences between the average scores of gambler through the risk-taken behaviour scale befor and after employing the Encounter Group Technique as one of the methads of group therapy .

4- There are statistically significant differences between the average score of gambler through the partial instinct impulse scale befor and after employing the Encounter-Group Technique as one of the methods ofGroup therapy .

Method of study

the research has used the electic clinical method which combines the experimental method with its experimental and control group by using psychometric tools, beside semi-projective tech-

nique-in addition, the researcher has relied on the Encounter group as one of the group therapy methods to cure risk-taken and partial instinct impulses in gambler .

Sample of the study :

Sample of the experimental study:

Sample of the experimental study consists of (30) gambler, the control sample consists of (30) Subjects, their age ranges from 18 to 40 years of age .

Sample of the clinical study:

According to the method of the Study which combine between experimental and clinical method, the researcher has chosen a sample consists of (5) of gambler with a view to cure them through employing the Encounter-group technique as one of the method of group therapy .

Tools:

1- A questionnair of the Social & Economic Level

By: Kmal Eldesoki Kamal

2- Risk-taken be haviour scale

By: the researcher

3- Pothological gambling scale

translated By the researcher

4- Partial instinct impulses scale

By Hussien Saad Eldeen

5- Clinical interview

By Samia Elkttan .

6- The Encounter group as one of the group therapy methods

The Statistical Style Used :

1- The (T) Score

2- (T) Test

3- Stability Factor

4- (F) Test

5- Factor analysis

Results of the Study :

First: results of the experimental study:

1- There are Statistically significant differences between the average score of gambler and non-gambler, according to the risk-taken behaviour scale, (T) test ratio is statistically significant at Level (,01) concerning to gambler .

2- There are statistically Significant differences between the average score of gambler and non-gambler, according to the partial instinct impulses scale, (T) test ratio is statisically significant at Level (,01) concerning to the gammler .

Second: results of the clinical study

3- There are statistically significant differences between gamblers through the risk-taken be havior scale be for and after employing the Encounter group technique as one of the methods of

group therapy at Level (0,01) As regard to the reduction of risk-taken for the group of therapy .

4- There are statistically significant differences between the average Scores of gamblers through the Partial instinct impulses Scale befor and after employing the Encounter-Group Technique as one of the method of group therapy at Level (0,01) as regard to the reduction of partial instinct impulses for the group of therapy .

The qualitative results of clinical study :

The encounter group meeting saved a chance for the gambler to give vent to his repressed emotions and getting an insight into his own self and his own environment, in addition to contributing to the completion of maturity and autonomy so as to overcome his problem for which he now can find solutions on his own-the meeting has also played a vital role in offering the oppprtunity for the gamblers to find mutual Support and encouragment that facili-ate the discussion of his own problem easily and frankly in front of the other, that's Lead to develop his self confidences, this help to follow sure path of accepting his own self and to become closer to reality .



المراجع

أولاً : المراجع العربية

ثانياً : المراجع الأجنبية

المراجع

أولاً: المراجع العربية

١ – إبن سينا : البرهان، من كتاب الشفاء، الطبعة الثانية، دار النهضة العربية، القاهرة (١٩٦٦).

٢ – أحمد ذكى بدوى : معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت (١٩٨٢).

٣ – أحمد عزت راجح : أصول علم النفس، الطبعة الحادية عشر، دار المعارف، الأسكندرية (١٩٩٩).

٤ – أحمد عكاشة : الطب النفسى المعاصر، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩٢).

٥ – أسعد رزق : موسوعة علم النفس، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت (١٩٨٧).

٦ – إنتصار يونس : السلوك الإنسانى، دار المعارف، القاهرة (١٩٧٨).

٧ – أنتونى ستور : فن العلاج النفسى، ترجمة لطفى فطيم، دار وليد، القاهرة (ب.ت).

٨ – أوتو فينخل : نظرية التحليل النفسى فى العصاب، ترجمة صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق، حـ٢، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٦٩)

٩ – جان لابلانش وبونتاليس : معجم مصطلحات التحليل النفسى، الطبعة الثانية، ترجمة مصطفى حجازى، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت (١٩٨٧).

١٠– حامد عبدالسلام زهران : قاموس علم النفس، الطبعة الثانية، عالم الكتاب، القاهرة (١٩٨٧).

١١ – ———————— : الصحة النفسية والعلاج النفسى، الطبعة الثانية، عالم الكتاب، القاهرة (١٩٧٨).

١٢ – حسام الدين غريب : العلاج السلوكى الحديث، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).

١٣- حسين سعد الدين : مفهوم الصحة والمرض بين التحليل النفسى والطب النفسى (د.ت) .

١٤- ———————— : تصميم وتقنين مقياس الدفعات الغرزية الجزئية - مؤتمر علم النفس، (٦-٨) إبريل، كلية الآداب، جامعة الكويت (١٩٩٧).

١٥- ———————— : النزعات الغرزية الجزئية وجناح الأحداث، مجلة كلية الاداب ، جامعة المنصورة، العدد (١٧) (١٩٩٥).

١٦- حسين عبد القادر محمد : السيكودراما وعلاج مدمنى البانجو بين الخيال والمتخيل «برولوج تمهيدى» المؤتمر الأول لعلم النفس، بيروت، لبنان (٢٠٠٠).

١٧- حسين عبدالقادر محمد، حسين سعد الدين : إنحراف الأحداث والسيكودراما، عامر للطباعة والنشر، المنصورة (١٩٩٤).

١٨- حسين عبدالقادر محمد وآخرون: موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، دار سعاد الصباح، الكويت (١٩٩٣).

١٩- حسين عبدالقادر محمد : العلاج الجماعى والسيكودراما، دراسة فى الجماعات العلاجية لمرضى فصام البارانويا، رسالة دكتوراه، قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة عين شمس، (غير منشورة) (١٩٨٦).

٢٠ - دانييل لاجاش : وحدة علم النفس، ترجمة، صلاح مخيمر وعبده ميخائيل رزق، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٩).

٢١ - رشدى فام : علم النفس العلاجى والوقائى «رحيق السنين»، الأنجلو المصرية، القاهرة (٢٠٠٠).

٢٢- رمزية الغريب : التقويم والقياس النفسى والتربوى، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٧٧).

٢٣- روبرت هاربر : التحليل النفسى والعلاج النفسى، ترجمة سعد جلال، الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة (١٩٧٤).

٢٤- زكريا إبراهيم : البنيوية السيكولوجية، فى مشكلة البنية، مكتبة مصر، القاهرة (١٩٨٣).

٢٥- ساشا ناخت : المازوخية، ترجمة مى طرابيشى، دار الطليعة، بيروت (١٩٨٣).

٢٦- سامية القطان : المقياس المقنن للغرائز الجزئية، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).

٢٧- ―――――― : كيف تقوم بالدراسة الكلينيكية، حـ ١، الانجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٠).

٢٨- سامى محمود على : ثبت المصطلحات، فى، سيجموند فرويد، ثلاث مقالات فى النظرية الجنسية، دار المعارف، القاهرة (١٩٦٣).

٢٩- سعد جلال : فى الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، دار الفكر العربى، القاهرة (١٩٨٦).

٣٠- سول شيدلنجر : التحليل النفسى والسلوك الجماعى، ترجمة سامى محمود على، دار المعارف، القاهرة (١٩٥٨).

٣١- سيجموند فرويد : خمس حالات من التحليل النفسى، الجزء الأول، ترجمة صلاح مخيمر، وعبده ميخائيل رزق، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٧).

٣٢- ―――――― : الأنا والهو، ترجمة محمد عثمان نجاتى، الطبعة الرابعة، دار الشروق، القاهرة (١٩٨٢).

٣٣- ―――――― : الموجز فى التحليل النفسى، ترجمة سامى محمود على، عبدالسلام القفاش، دار المعارف، القاهرة (١٩٨١).

٣٤- ―――――― : ما فوق مبدأ اللذة، ترجمة إسحق رمزى، الطبعة الثالثة، دار المعارف، القاهرة (١٩٨٠).

٣٥- ―――――― : التحليل النفسى والفن: «دافنشى و ديستويفسكى» ترجمة سمير كرم، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت (١٩٧٥).

٣٦- ―――――― : ثلاث مقالات فى نظرية الجنسية، ترجمة سامى محمود على، دار المعارف، القاهرة (١٩٦٣).

٣٧- ―――――― : تفسير الأحلام، ترجمة مصطفى صفوان، دار المعارف، القاهرة (د.ت).

٣٨- شيلدون كاشدان : علم نفس الشواذ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، الطبعة الثانية، دار الشروق، القاهرة (١٩٨٠).

٣٩- صفوت فرج : التحليل العاملى فى العلوم السلوكية، دار الفكر العربى، القاهرة (١٩٨٠).

٤٢- صلاح مخيمر (أ) :مفهوم جديد للتوافق، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨٢).

٤٠- ————— : المفاهيم - المفاتيح فى علم النفس الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).

٤١- ————— (ب) :من الجنسية بغرائزها إلى العدوانية، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٨١).

٤٣- ————— : رسالة فى سيكولوجية الحب، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٧٥).

٤٤- ————— . سيكولوجية الشخصية، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٦٩).

٤٥- ————— : إختبار الحاجات الكامنة «الغرائز الجزئية» د.ن .

٤٦- عادل عز الدين الأشول : موسوعة التربية الخاصة، الأنجلو المصرية القاهرة (١٩٨٠).

٤٧- عبد الرحمن العيسوى : العلاج النفسى، دار الفكر الجامعى، الإسكندرية (١٩٧٩).

٤٨- عبد الستار إبراهيم، عبدالله عسكر : علم النفسى الإكلينيكى فى ميدان الطب النفسى، الطبعة الثانية، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩٩).

٤٩- عبد المنعم الحفنى : المعجم الموسوعى للتحليل النفسى، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٩٥).

٥٠- ————— (أ) : موسوعة الطب النفسى، المجلد الأول، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٩٢).

٥١- ————— (ب) : موسوعة الطب النفسى، المجلد الثانى، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٩٢).

٥٢- ————— (جـ) : الموسوعة النفسية الجنسية، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٩٢).

٥٣- ————— : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، الطبعة الرابعة، مكتبة مدبولى، القاهرة (١٩٨٤) .

٥٤- عبد المنعم المليجى : النمو النفسى، الطبعة الثالثة، مكتبة مصر، القاهرة (١٩٥٧).
٥٥- على كمال : العلاج النفسى قديماً وحديثاً، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، عمان (١٩٩٤) .
٥٦- عطوف محمود يسن : أسس الطب النفسى الحديث، منشورات بحسون الثقافية، بيروت (١٩٨٨).
٥٧- فاخر عاقل : معجم العلوم النفسية، دار الرائد العربى، بيروت، لبنان (١٩٨٨).
٥٨- ڤان دالن : مناهج البحث فى التربية وعلم النفس، ترجمة محمد نبيل نوفل وآخرون، الطبعة الخامسة، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩٤).
٥٩- فخرى الدباغ : السلوك الإنسانى، مطبعة الكويت، الكويت (١٩٨٦).
٦٠- فرج عبد القادر وآخرون : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، دار سعاد الصباح، الكويت (١٩٩٣).
٦١- فؤاد أبو حطب، آمال صادق : مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائى، الأنجلو المصرية، القاهرة (١٩٩١).
٦٢- فؤاد البهى السيد : علم النفس الإحصائى وقياس العقل البشرى، دار الفكر العربى، القاهرة (١٩٧٩).
٦٣ - فؤاد البهى السيد الجداول الاحصائية فى العلوم الإنسانية ، الانجلو المصرية ، القاهرة (١٩٧٩).
٦٤- فيصل محمد خير : علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، دار العلم للملايين، بيروت (١٩٨٤).
٦٥- فيلب شملا : لا كان واللغة، فى مجلة بيت الحكمة، العدد الثامن، السنة الثانية، دار الخطابى للطباعة والنشر، الدار البيضاء، المغرب (١٩٨٠).
٦٦- كمال دسوقى : ذخيرة علوم النفس، المجلد الثانى، مؤسسة الأهرام، القاهرة (١٩٩٠).
٦٧- ———— : ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، الدار الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة (١٩٨٨).

٦٨- كمال دسوقي ومحمد بيومي : مقياس المستوى الاقتصادى الاجتماعى للأسرة المصرية، النهضة العربيه، القاهرة (١٩٨٤).

٦٩- لطفي فطيم : العلاج النفسى الجماعى، الأنجلوالمصريه، القاهرة (١٩٩٤).

٧٠- لويس كامل ملكية : علم النفس الاكلينيكى: التشخيص والتنبؤ فى الطريقه الإكلينيكية، الطبعة الرابعة، النهضة المصرية، القاهرة (١٩٧٧)

٧١- محمد أحمد النابلسى : مبادئ العلاج النفسى ومدارسه، دار النهضة العربية، بيروت (١٩٩١).

٧٢- محمد شعلان : الطب النفسى والعلاج النفسى الجماعى د. ت القاهرة (ب.ت).

٧٣- محمود حمودة : النفس، أسرارها، وأمراضها، الطبعة الثانية، مكتبة الفجالة، القاهرة (١٩٩١).

٧٤- محمود هاشم الودرنى : مدخل إلى الطب النفسى وعلم النفس المرضى، دار الحوار للنشر والتوزيع، سوريا (١٩٨٦).

٧٥- مصطفى زيور : فى النفس، بحوث مجمعة، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان (١٩٨٦).

٧٦ - موريس روكلن : المناهج فى علم النفس، ترجمة على مقلد، مؤسسة نوفل، المنشورات العربية، بيروت، لبنان (١٩٨٣).

٧٧- يوسف مراد : تصدير "جناح الأحداث" چين شزال، ترجمة عبد السلام القفاش، المؤسسة المصرية العامة للتأليف والترجمة والطباعة والنشر، القاهرة (١٩٦٣).

ثانيا المراجع الأجنبية :

78- Albert,R. & Mary, H : Projective techniques with.children. Grune & stratton, inc. London ,1960

79- American psychiatric : Association : Diagnostic and statistical Manual of Mental disorder, Fourth edition, DSM- IV, American psychiatric Association, Washington, 1994

80- ------------------------- : Diagnostic and statistical Manual of Mental disorder, third Edition, Revised, DSM- III. R. American Psychiatric Association, Washington, 1987

81- ------------------------- : Diagnostic And statistical Manual of Mental disorder, third Edition, DSM. III American psychiatric Association Woshington, 1980.

82- Anastasi,A : Psychological testing, Fifth Edition, Maccmillan publishing, Co. in. New York, 1995.

83-Anderson,G.&Brown,R. : Some aPp lication of reversal theory to the explanations of gambling and gambling addiction. journal of gambling behaviour, 1987. Pp.. 179-189.

84- Arizona Council on Compulsive gambling : Think you may have a gambling problem, ACCG, U.S.A, 2000.

85- ------------------------- : Symptoms of the compulsive gambler, ACCG, U.S.A , 2000.

86- Arizona Council on Compulsive gambling : The four Phase of Action complusive Gomblers . Accg .USA, 2000

87-Arnold,R. : Sadomasochism in The neurosis Conceived as a pathological compromise Formation, Journal of the American psychoanalytic,vol, (39),No (20) ,1991 Pp.. 363-375.

88-Bannister,G. : Cognitive behavior therapy in a case of compulsive gambler, Cognitive Therapy and Research, vol (13), 1977 Pp.. 223 - 227.

89- Beaudoin, C&Cox, B. : Characteristics of problem gambling in a canadian Context : A pilot study Using A DSM -IV - based questionnair -Canadian Journal of Pyschiatry.Vol. (44), No. (5),1999 Pp.. 483-487.

90-Bebbington,p. : Sexual disorder, in Hill, p. et. al, Essentials of postgraduate psychiatry, Grune & stratton, New York, 1979.

91- Bellack , A .et.al. : Sexual deviation, International Hand book of behavior modification and therapy,plenum press, New York., 1982

92- Bell, B. Personality dimensions of pathological gambler. Gamblers Anonymous Publishing U.S.A , 1993.

93- Bell, N & Bell, R. : Adolescent risk - taking. sage Publication, London, 1993.

94- Bergler, E. : The psychology of gambling, international University Press, Hill and Wang. New Yourk, 1970.

95- Berkowit, L. : A versively stimulated aggression : Some paralles and differences in research with animal and human. American psychologist, vol (38), 1983.Pp.. 1135-1144.

96- Betcher, R. : The treatment of depression in brief in patient group psychotherapy, international journal of group psychotherapy. Vol. (33), 1993 Pp. 365 - 385.

97- Black, D & Moyert, t. : Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. psychiatric serv.:ce, vol. (44), 1998 No (11). 1434.

98- Blaszczynski,A & Silove, D. : Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. Journal of gambling, vol, 1995 (11). Pp.. 105-220.

:

99- Blazczynski, A & Mc Conagh, N. Boredom proneness in pathological gambling, psy chologicalreports, vol (67), 1990 Pp. 35-42.

100- Blaszczynski,A. et. al. : impulsivity in pathological gambling : the anti-social impulsivity. Journal of Addiction. vol (92) No (1), 1991 Pp.. 75-88.

101- Blaszczynski,A. : Pathological gambling and obsessive - compulsive spectrum disorder. psychological Report. Vol. (84) No (1), 1999 Pp.. 107-113.

102- ---------------------- : Views on the treatment of pathological gambling university of new south Wales Australia , 1998

103- Boyed,W&Bolen, D. : The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy. international journal of group psychotherapy. vol (20),1970 Pp.. 77-90.

04- Brownell, K. et. al. : Understanding and preventing relapse, American psychologist, vol (41).,1986 Pp. 765 - 782.

ɔ- Brown, R. : Clasical and operant pardigms in the managment of gambling addictions. Behaviourəl Psychotherapy. Vol (15) No. (2), 1987 Pp. 111-122.

106- Buchta, R.: Gambling among adolescent journal of clinical pediatric.vol (34) No (7), 1995 . Pp. 346-348.

107- Bujold, A.et.al. : Treatment of pathological gamblers : An Experimental Study. journal of Behavioral therapy and Experimental psychiatry. Vol. (25) No.(4)., 1994 Pp. 275 - 282

108- Campbell, R : :Psychiatric dictionary, sixth Edition, oxford university press. new york, 1989.

109- CCPG. : : Compulsive gambling program. California council on problem gambling. U.S.A., 1982

110 - Cohen. D. : : Essential psychology . Bloomsbury, Great Britain ., 1990

111- Coleman,j. Abnormal psychology and modern life, second edition, the free prees, 1956 A division of macmillan publishing. co. New York .

112- clinard,M.&Quinneg : Criminal behaviour system, second Edition. U.S.A., 1973

113- Comez, Z. : psychological and psychiatric problem in men, routeldge, london., 1991

114- Coventry,K.Brown,R Sensation seeking, gambling and gambling addictions. journal of addiction, vol (88) No (4), 1993 Pp. 541-554.

115- Cummings, w & Cotney,W: A concep · ·tual model of gombling behavior: Fishbein's theory of reasoned action, journal of gambling behavior . vol (3)., 1987 Pp. 190-201.

116-custer.r & milt,H. When lucks runs out . New york , 1985.

117- Dalby, J Is telephone scatologia a variant of exhibitionsm? international journal of offender therapy and comparative criminology, 1988 Vol. (32), No (1) , Pp. 45-49.

118-Davison, G&neale,z: unconventional sexual behovior and human sexual indequacy, Abnrmal psychology, Wiley. Inc. New york,1974 Pp. 271-292.

119- department of human serives : Evaluation of the Minnesota stat funded compulsive gambling treatent programs. Final report. Abt. Associates, Inc., 1997.

120 - Devereux, E. : Gambling. In the international encyclopedia of the social science,Vol (17) Macmillan, New York. 1979.

121-Dickerson,M. : The prevalenc of excessive and pathological gambling in Australia, journal of gambling behavior, vol (4), 1988 Pp. 135-151.

122- Dickerson,M. : compulsive gamblers, longman, london., 1984

123- Dickerson, M& weeks,D. : Gambling : A social problem. journal of social issues, vol (35),1979 Pp. 36 42.

124- Dielman.t Pathological gambling as asource of guilt .Gamblers Anonymous pulblishing U.S.A.,1996

125- Dixon, M. : Manipulating the illusion of control: variation in gambling as a function of perceived control over chance outcomes. the psychological Record, vol (50), No (4),2000 Pp. 705- 719 .

126. Dixon, M.et,al. : ingaging in illusory control during repeated risk- taking, psychological report, 1998 Pp. 959-962.

127- dryfoss,j : Common components of successful intervention with high risk youth ,. in adolesccent risk- taking, Sage, london.,1993

128- Edward, R. : A pplying A risk-taking perspective in adolescent rick - taking, Sage publcation, london , 1993

129 - Evans, D. : An introductory dictionry of lacanian psychoanalysis , Routledge,london .,1982

130- Eysenck, H. Encyclopedia of psychology, the sea-burge press, New York.,1972

131- Finell, j : Sadomasochism and complementarity in the interaction of the narcissistic and borderline personalty type, psychoanalysis review. vol., 1992 (76), No (3) fall press .

132- fishbein,M& Ajzen,I: Beliefs, Attitude, intention and behavior :An introduction, Wialy, massechu setts., 1975

133- forester, E :Group psychotherapy, john wiley & sons. inc. New york.,1977

134-fowler, D. etd :cognitive behavior therapy for psychosis : theory and practice, wiley , canada, 1988 .

135- franklin, j & richard son,R :A treatment outcome study with pathological gamblers: perliminary finding and strategies. seventh international conference on gambling and risk- taking, universty of nevada, 1988.

136- freud, s. (1928) destovsky and parricide .in standaed Edition of the comlete psychological works of sigmund freud, vol xxi, , 1961Pp.. 175-196, Hogarth press, london,

137- Fuller, P. The psychology of gambling, harper& Row. London., 1974

138- Gaboury, A. & la-douceur,R.: Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. journal of primary prevention, vol (14), 1993 . Pp., 21-28.

139- Galenson, E. :The precursors of masochism , in Bluym, H, et.al. fantasy, Myth and reality, madison, 1988 Pp. 371- 380.

140-Gambler Anonymous :Gambler Anonynymous leaflet, G.A.publishomg., 1984.

141- Gardner,w :A life span rational choice theory of risk-Taking- in adlescent risk- takaing, sage . publication., 1993

142- Gibson, B.et.al.s The effect of selective hyothesis testing on gambling - journal of Exerimental psycholgy, Vol (3) , No, (2) , 1997 Pp. 126-142.

143- goldstein, A& wolpe, j: Behavior therapy in groups. in kaplan , H& sadock,B(Eds), New Models for group therapy, Ditton& co. New york.

144- Gottschoik.I. & davidson, R.: Sensitivity groups, Encounter groups, training groups, marathon groups and the laboratory movement. Dution. co New York , 1972.

145- Graham, J & lpwenfeld, B.: :Personalty dimensions of the pathological gambler . Journal of gambling behavior, vol (2), (no, (1). , 1956 Pp. 58-66.

146- Grichting, W. the impact of religion on gambing in Australia . Australian of psychology, vol (38), 1986 Pp. 45-58.

147-Griffiths, F. :A case of compulsive gambling treated by hypnosis. Interimental hypnosis, vol ,1982 (30) p 145.

148- Grossman, W. Pain, Aggression, fantasy , and concepts of sadomasochism, psychoanalytic quarterly, Lx, 1991.

149- Groth, M :handbook of psychological assesment, second Edition , wiley, New York, 1990.

150- Hannah, s Counter transference in patient group psychotherap implication for technique, international journal of group psychotherapy, Vol, (34)., 1984 Pp. 257- 263.

151- Harba, j,& lee,G Gender, gambling, and problem gamlding, journal of gambling studies . vol ,(12) 1996 Pp. 8-101

152- --------------------- Treatmnt issues : Explaning variance in problem gembling . journal of gambling studies, vol (11), 1995 Pp. 105-121.

153-Haas, K. :Deviant behaviors, Abnormal psychology, Vanostrand company New york, 1979

154- Heryog, J — A neonatal intensive care syndrome A pain complex involving neuroplastiei-ty and psychic trauma. In. Call,J. et. al,1983.
(Eds) frontiers of infant peychiatry, Basic Book, New York . Pp. 291-300.

155- Hodgins, H. & El-Guloaly — Gambling treatment and the processes of change, the WAGER, Vol, 2001 (6), No (26).

156- Hollander, E. — : short- term single blind fluvoxamine treanment of pathological gambling. American Jouenal of paschiatry, Vol, (155). No (12) ,1998. Pp. 1781- 1783 .

157- Hollander, W et. Al. — Treatment of pathlogical gambling with clomipramin, American Journal of psychiatry, Vol , (149) , No (5),1992 Pp. 710 - 711.

158 - Holmes, D. — Connecticut's compulsive gambling treatment program. department of mental health and Addiction services, U.S.A., 2000.

159- Hornby, A . — Oxford English Dictionary, fourth Edition, Oxford uriversity press, london, 1975.

160- Hulen, D. & Burns, p; — Differences in pathological gamblers in Erizon , ACCG, inc., U.S.A, 2000

161- Irwin , c Adolescent and risk- taking: How are they related. in addolescent risk- taking. sage piblication, london.,1993

162- jack, N & kerry, N : some comments on masochism and the delusion of omnipotence from a develpmental perspective, journal of ,the American psychoanalytic. Vol. (39) No (2) , 1991 Pp. 307,- 331.

163- jackie, F. et. al. :Measuring problem gambling in canda. . candian center on substance abuse. canada.,1999

.165- jacobs, D. What signs to look for wirh gambling addiction , Callifonia Council on problem geombling, U.S.A.1999.

166- Kaplan,H& sadock B: : Sensitivity through encounter and marathon groups, Dutton, C. new york, 1972

167- Kapur, R, et.al. Group psychotherapy in an acute in patient setting paychiatry , vol (49) ,1986 Pp.. 337 - 349 .

168- kassinove, j. : Development of the gembling attitude scales : preliminary finding , Journal of clinical psychology, vol (54). No (60 , 1998. Pp.. 763 - 771 .

169- Katy, R. degradation, Humiliation and other turn and mastering trauma with pleasur, Issues in Ego psychology, vol. (15), No .(1),1992 Pp.. 50 -55.

170- Katz, E & D'Amico, :Effects of alcohol in toxication on the per ceived consequences of risk-taking experi-mental and clinical pytchopharmacology Vol (5), 1997 Pp.. 14 -23.

171- Kisker, G. the disorganized personality, Third Edition , Mcgraw- Hill book Company, London.,1985

172 . Kleiamuntz, B Essentials of abonrmal psychology, second Edition, harper & Row puplishers, san fracisco.

173- kleir, R : In patient group psychotherapy paractise consideration and special problems. International journal of group psychotherapy, Vol, (27),1977 Pp.. 201 - 214.

174- Kweitel, R.& Allen, F: Cogintive processes associated with gambling boehavior. Psychological Report, vol (82) , No (1),1998 Pp.. 147- 153.

175 kyngdon , A & Dickerson , M: An experimenta; study of the effect of prior alcohol consumption simulated gambling activity . Journal of Addiction, vol (44), No (5),1999 Pp. 697-707.

176- ladouceur, R. At.al.: Cognitive treatment of pathological gamlolers. behavior research, vol,(30) No. 12) ,1998 Pp. 1111-1119.

177- lapez, V& Miller,w.: Treatment approaches for pathological Gamblers. Journal of clinical review, vol. (17), No (7), 1997 Pp.. 689-702 .

178- Lean, w. super Ego and defense analysis of masochistic perversion. Journal of Psychonalysis. Vol. 26) , 1990 Pp.. 135- 214.

179-Lajoyeux, M. eta.al: Impuls Control Disorder in alcoholics are related to sensation - seeking and not impulsivity . Psychiatric. Research, vol (81) no. (2) , 1996 Pp.. 144-155.

180-Lesieuer, H& Blume, s. The south oaks Gambling screen (SOGS) : A'new instrument for the identification of pathological gamblers. American Journal of Psychiatry. Vol (144)No (9),1987 Pp..1184-1188.

181- Lesieur, H& rosenthal, R Pathologcal Gambling. A Review of the literature journal of Gambling studies. Vol. (7) no (1), 1991. Pp.. 5- 39.

182-Lola,l.: the human side of risk-taking. In adolescent risk- taking sage, london., 1993.

183- lyng,S : : Dysfunctional risk-taking : criminal behavior as edgework . In adolescent risk- Takong , sage, london., 1993.

184 - Marvin ,A: problem gambling . The National Coucil on Problem gambling . Inc . Washingion, 2000.

185-Maurer,C An outpatient approach to the treatment of pathological gambling. Six conference on gambling and risk- taking-198,1985 Pp. 205-217.

186- Maze,J : lady luck is gambler's mother, national Association for gambing studies, Sydeny, 1987

187- Mccartney,j : A communty study of natural change across the addiction ,Addiction Reseach vol (4), 1996 Pp. 565-83.

188- Mccormic,R :The importance of coping skill enhancemt in the treament of the pathological gambler,1994.

189- Mcconaghy, N :Assesment and managment of pathelegical gambling. British Journl of Hospital medicine Vol (40) ,1988. Pp. 131 - 134.

190- Mccormic,R taber,j The pathological gambler: salient personality variables , In hand book of gambling,1987 Pp, 9- 39 .

191- Mcgraw, R. selecting treatment program for pathological gambling . Illinois Institute for addiction U.S.A,1998.

192-Miller, D. Byrness,J The role of contextual and presonal factor in children's risk taking, Journal of developmental pstchology vol. (33), No (5),1997 Pp. 814-823

193- Mischell,w : Toward a congnitive social learning reconceptiualization of personality: paychological Review, Vol (80),1973 Pp. 252-283.

194-Mishne,J Criteria for family group and individual therapy. clinical work with adolescents. macmillan, INc,1986.

195 Moher, et. al Personality as a living thing . Sage press. London,1964 .

196- Moran, E : patholgical gambling as a form of masochism, National Addociation for gambling studies, sydney,1995

197 - ------------------ : Gambling As a form of dependence, British Joornal of Addiction, vol (05),1970 Pp 156-170.

198- Mullan, H rosenbaum, M : Transference and countertrans ference in group psychotherapy : throry and parctice , second Editeion Macmillan publishing . Co,1978.

199- Nakakuki , M . : Normal and developmental aspects of masechism : transcultural and clinical implications psychiatry, vol,(57),1994 Pp.244- 257.

200- Noonan, G : preception of gambling , A Von- Books, 1996 New York

201- National Acdmy Press Pathological gambling. NAP, washington , U.S.A.,1999

202-Oliven,J :Sexual deviations, clinical sexuality A manual for the physician and the professions, third edition, lippincott company, Toranto., 1974 Pp. 468- 495.

203- Orford,J. Hypersexuality: Birtish Journal of addiction. Vol. (73),1978 . Pp. 299- 310.

204- Pasternak, A. fleming , M : prevalence of gambling disorder in a aprimary car setting . Arch - fam- med cxol (8) , No (6) ,1999. Pp. 515-520.

205- Peck ,D. Ashcroft, J The use of stimulus satiation in the modification of habital gamling . kikenny ireland,

206- Petry,N. Armento, C.: prevalence, Assesmentt, and treatment of pathlogical Gambling. Psychiatry servece, vol .(50) No (8) .,1972 Pp 1021 - 1027.

207- Pokorny, M. Compulisve gambler and the family. Britsh journal of Medical psychology. Vol (45), 1972 Pp. 355-364.

208- Powell,J .et. al Gambling and risk- taking behavior among universty students. subst- use Misuse. Vol (34) , no (8), 1999 Pp 1167- 1184 .

209- Proimis, j .et. al Gambling and other rick behaviors among 8 th - th 12 th grade students, Journal of pediatrics, vol , 1998 (102) no (2) p 23 .

210- Rabow, j. et, al. : Compulsive gambling psychodnamic and sociolgical persepctives. Journal of Psychiatry and related scinece. Vol (21) ,1984 Pp - 189-207.

211- Reber, A The benguin dictionary of paschology. Benguin Book, london,1987

212- Ronald, J : Compulsive gambling the hidden epidemic . Natioral Impact Gambling study commission, U.S.A, 1998

213- Rosen,R. Sex and pathology, Candle press, london.1964

214- Rosenthal,R pathologioal gambling, Psychiatric Annale. val (22) no (2) . ,1992Pp 72-78.

215- -------------------- The psychodynamics of pathological gambling :Areview of the litheratur. springfield . U.A.S ,1987.

216- Roy. et.al: personality factor and pathological gambling , American Journal on Addiction. vol (1), No (2),1989 Pp 150-154.

217- Russo, A personality characteristics of havy gamblers (journal of Gambling behavior, vol (13) ,1987 Pp 110-127,

218- Schmitt, w. e/.t,d : : Damasios somatic marker hypothesis with psychopathic individuals : risk- taking, risk avers journal of abnormal pasychology. vol (108) No, (3) ,1999 Pp. 538- 543 .

219- Selzer, J Borderline pomipotence in pathological gambling. Arch- psychiatry Nurs Vol. (6) No (4).,1992 Pp. 215 - 218.

220- Shaffer. H et. al : Gambling , Drinking, Smokoing and other health risk activites among cmployees. American Journal in Medicine, Vol (36). No(3),1999 Pp 365 - 348.

221- ---------------------- :Estmating the prevalence of disordered gambling behavior in the unted states and conada: Ameta-Analysis cambridge, division and addictions., 1997

222- Shaffer, H Hall, M. Estmating the prevalence of adolescent gambling nomenclature, Journal of Gambling studies , vol (12) No(2), 1996 Pp. 193 - 214.

223-Sharpo,L Tarrier, N: Toward a cogintive behavior theory of problem gembling.british Journal of psych iatry.Vol (162), 1993 Pp. 407- 412.

224 - Simons, R psychoanalytic contributiones to psyciatric nosology : Forms of Masochistic Benavior, Journal of American psychonanalytic Association , Vol (35) .1987 Pp 583- 608.

225 - Smith,S Gambling in young adolescents. journal of gambling behvior. Vol (12),1988 Pp 11- 132 .

226- Soloman, R The Component process theory of acquired motivation : The Costs of pleasure and benefits of pain. American Psychologist, Vol (35),1980 Pp. 591 - 712.

227 - Spier, D. Easy mony : insdie the gambler,s Mind . Secker warborg. London,1987.

228 - Steel, z Blaszczaynski, A: Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. Journal of Addiction, vol (43), No (6).,1998 Pp 895 - 905.

229- Stegbauer, C Pathological Gambling. Journal of Nurse practice. vol (23), No (9) ,1998 Pp74 - 82.

230- Sternback, O Aggression : the death drive and the problem of sadomasochism, A re-interpretation óf freud's second drive the eory , Journal Of Psychoanalysis,vol (56) no (3),1975 Pp321 - 331.

231 Stinchfield, R: Gambling treatment outcome monitring system . Minnesosta institute of public nealth. U.S.A, 1999

232-----------------------(p) Prevalenc of gambling among Minnesota public school students in 1992 and 1995., Journal of Gambling studies. No 1 (13) no (1), 1997 Pp25- 48.

233 - ----------------------- is treatment for pathological gambling effective . California Council on Problem Gambling U.S.A, 1997.

234 - Stolorow, R the narcissistic function of masochism and sadism, International journal of psychoanalysis vol (56) No (4) ,1975 Pp. 441 - 448.

235- Sue,s. : Understanding abnormal behavior. houghton Miffin. U.S.A, 1997.

236 - Susan, G preceptual, Attributional and Affective processes in perceptions of vulnerability through the life span ,. In Adolescent risk-taking, sage - london, 1993.

237- Svendsen,R. Friddin,t : Gambling: Choices and guidelines. gambling problem resource Center, Minnesota, U.S.A, 1999.

238- ------------------------ Compulsive gambling : choies And Gudlines , minnesota dept, U.S.A, 1993.

239- Sylvain, C. Et. al Cognitive and behavioral Treatment of pathological Gambling :A controlled study, Journal of Consulit Clinical PsyChology ,1997.

240- Taber, j . at.a; Follow- up of pathological gambler after treatment. American Journal of psychiatry. vol (144) .,1987. Pp 757 - 761.

241- Tepperman,J.: The effectiveness of short term group therapy upon the pathological gambler and wife. Gambling study. vol (5).,1985 Pp. 185 - 198

242- The WAGER: : Comparing DSM- IV criteria for pathological gambling and substance dependence. Massachusetts on Compulsive Gambling, vol (1) , No (5) ,1996. p 111 - 113 .

243- Toneatto,t :Cognitive psychopathology of problem gambling - subst-use- Misuse- vol (34) no (1),1999 Pp 1593 - 1604.

244- Vanes, R : Identifying problem and compulsive gamblers. CAN-FAM.vol (40),2000 Pp. 1323- 1331.

245- Victor, R Krug,C: Paradoxical intention in the treatment of Compulsive gambling. American Journal of psychotherapy, 1967 Pp. 808- 814.

246- Vitaro, F.Et.Al. : Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescents. Journal of Addiction . vol (94), No (4),1999 Pp 565 - 575 .

247- Vitaro, F.Et.Al. Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. Americam Journal of Psychiatry. vol (154) , No (12).

248-Volberg, R . Moore.l: Gambling and problem gambling among adolescents in washington state: Areplication study . 1999 to 1999. U.S.A,1999

249- volberg,Ret.a; : Exploring the links botween gambling , problem gambling and self esteem . journal of devuant bahavior. vol. (18), No (14),1997 Pp 321- 342.

250 - Walker, M .: The psychology of gambling. International series in social psychology.G. Britain1995 .

251 - Wallisch, I, Determinats of gampling and problem gambling three theories, 1998 D.A.I.Vol (58), NO (15), p 4094 .

252- Wedeworth, R- : The rification of the psychological gambler: : analysis of Gambler treatmenr and the application of the medical model to problem. perspect- psychiatric care. Vol (34), No (2) Pp 5-13, 1998.

253- Westphal, j: Gambling behavior of adolesents in residential placement in north western louisiana. south- Med- Journal. Vol (91), No (11).,1998 Pp 1038 - 1041.

254- Whitaker, D group psychotherapy and approaches in the psychological therapies, wiley . lon-on,1975

255- Wilcox, B : Deterrimng risky behavior: policy perspective on adolcscent risk-Taking. in adoles cent risk- taking, sage,London.,1993

256- Wildman, R .: Gambling : An attempt at integration, Edmonton, Alberta. Canad,1997 .

257- Wilson, M& Doly, M.: Lethal confrontational violence among young men. in adolescent risk- Taking . sage, london, 1993 .

258- Wulfeck,Z.bennett,E :The language of dynamic psychology. Mcgraw- Hill Book Company Inc. New York ,1954.

259- young, K.: Are you a Compulsive gambler. The Center for on- line addiction . U.S.A, 1998.

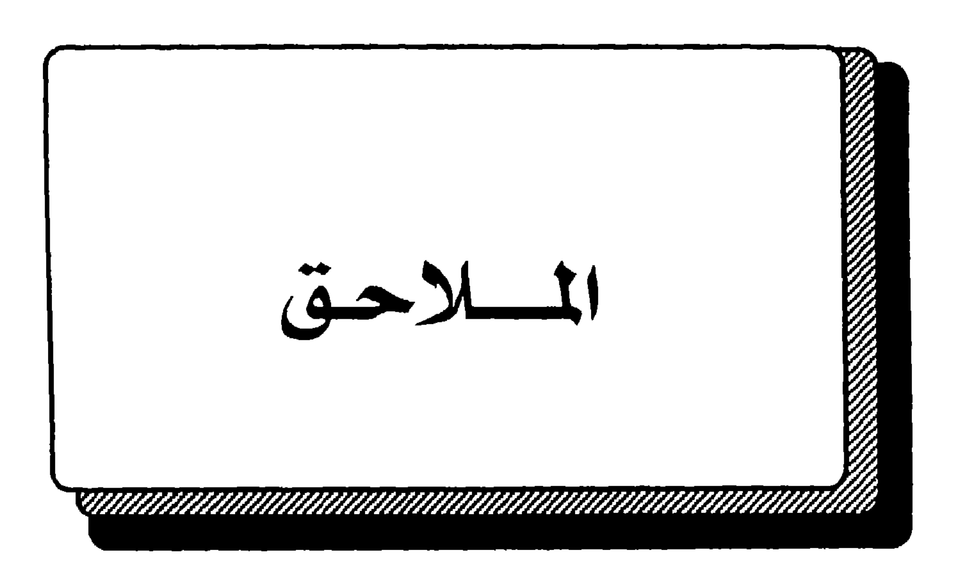
260- Zola,K.: Observation on Gambling in a lower class setting. Social Problem. Vol (10), 1963 Pp 356 - 361 .

261- Zuckerman, M Kuhlman, D Presonality and risk- tajking : common bio-social factor, journal of persnality vol (68), No (6) .,2000 Pp 999 - 1029 .

262- Zuckerman, M Sensation- seeking : Beyond the optimal level of orousal- New Jersy. U.S.A.,1979.



الملاحق


الملاحق

ملحق رقم (١)

مقياس المقامرة المرضية (PGS)

آعداد / مؤسسة المقامر المجهول (Gambler Anonymous)

ترجمة وتقنين / الباحث

(مقياس المقامرة المرضية)

Pathological Gambloing scale (PGS)

رقـــــــــم : ....

الاســــــــم : ....

المستوى التعليمى : ....

الســــــــن : ....

التاريـــــــخ : ....

العنـــــوان : ....

فيما يلى مجموعة من العبارات والمطلوب منك الاجابة (بنعم) أو (لا) على كل عبارة وذلك حسب وجهة نظرك.

إقرأ كل عبارة جيداً، ولا تترك أى عبارة دون إجابة

الباحث

م	العبـــــارة	نعم	لا
١	هل يضيع وقت عملك بسبب المقامرة؟		
٢	هل جعلت المقامرة حياتك المنزلية غير سعيدة؟		
٣	هل أثرت المقامرة على سمعتك؟		
٤	هل تشعر بالندم بعد المقامرة؟		
٥	هل تقامر للحصول على المال الذى تسد به ديونك وتحُل به مشاكلك المالية؟		
٦	هل قللت المقامرة من طُموحك وقدراتك؟		
٧	بعد الخسارة: هل تشعر برغبة ملحة فى العودة لتعويض ما خسرته؟		
٨	بعد الفوز: هل تشعر برغبة قوية فى العودة ثانية للفوز بالمال؟		
٩	هل تقامر حتى آخر جنيه معك؟		
١٠	هل تقترض الأموال لتقامر؟		
١١	هل تبيع أى شئ من ممتلكاتك لكى تقامر؟		
١٢	هل ترفض إستخدام أموال المقامرة فى النفقات العادية؟		
١٣	هل المقامرة جعلتك تهمل رعاية أسرتك؟		
١٤	هل تقامر دائما أكثر مما كنت تتوقع؟		
١٥	هل تقامر للهروب من القلق والمتاعب؟		
١٦	هل إرتكبت – أو تنوى إرتكاب – أفعال غير شرعية للإنفاق على المقامرة؟		
١٧	هل تسبب لك المقامرة صعوبات فى النوم؟		
١٨	هل الخلافات وخيبة الأمل والاحباطات هى التى جعلتك تقامر؟		
١٩	هل تقامر لساعات قليلة أثناء إحتفالك بمناسبة؟		
٢٠	هل ترى أن المقامرة تدمر ذاتك؟		

الدرجة الكلية [ ]

ملحق رقم (٢)

مقياس سلوك المخاطرة

Risk-taken behavior scale

(R.T.B.S)

إعـــداد / الباحث

(مقياس سلوك المخاطرة)

Risk - taken behavior scale

(RTBS)

رقـــــم : ....

الاســـــم : ....

المستوى التعليمى : ....

الســـن : ....

التاريـــخ : ....

العنـــوان : ....

فيما يلى مجموعة من العبارات والمطلوب منك الاجابة (بنعم) أو (لا) على كل عبارة وذلك حسب وجهة نظرك.

إقرأ كل عبارة جيداً، ولا تترك أى عبارة دون إجابة

الباحث

م	العبــــــارة	نعم	لا
١	كثيراً ما أدخل فى منافسات مع الآخرين ولا يهمنى المكسب أو الخسارة		
٢	أستمتع بعرض مهاراتى أمام الآخرين		
٣	كثيراً ما تتحدد تصرفاتى بناء على الموقف		
٤	أستمتع بالأعمال الصعبة المعقدة		
٥	قراراتى سريعة ومباشرة		
٦	أشعر بسعادةلاندهاش الناس من أفعالى		
٧	دائما ما أنجذب للمواقف الجديدة		
٨	أحب أن أكون موضع إهتمام الناس		
٩	غالباً ما يكون رد فعلى سريع وقوى		
١٠	أحب الاشياء الغامضة الخطرة التى تثير فضولى		
١١	أحب أن أدخل فى تحدى مع الآخرين ليعرف الناس أننى شخصية قوية		
١٢	أنا سريع الغضب والانفعال		
١٣	أميل لكل ما هو خطر ومخيف		
١٤	كثيراً ما أقوم بأعمال صعبة تدهش الناس		
١٥	من الصعب أن أتردد فى شئ		
١٦	أنا مستعد للقيام بكل ما يخاف منه الناس		
١٧	أحب أن أقوم برحلة مليئة بالمغامرات		
١٨	كثيراً ما أعجز عن التوصل لحلول وسط		
١٩	أحب أن أجرب كل جديد يخاف منه الناس حتى لو كان خطراً		
٢٠	من الممكن أن أجرى عملية جراحية خطيرة للشفاء العاجل		
٢١	كثيراً ما أشعر بعدم السيطرة على أفعالى		
٢٢	أتحدى الصعوبات والأمور فاتعرض للمخاطر		
٢٣	أنا عصبى وسريع التهور والاندفاع		
٢٤	من الممكن أن أخاطر بنفسى لجذب الانتباه إلىّ		

الدرجة الكلية [ ]

ملحق رقم (٣)

مقياس الدفعات الجزئية

الاسم : الجنس . السن :

المؤهل الدراسى : الحالة الاجتماعية :

محل الاقامة . تاريخ التطبيق : مكان التطبيق :

بين أيدينا ثمانين جملة ناقصة ، حا أقرأ لك كل جملة عشان تكملها بأول حاجة تخطر علي بالك :

١ - أنا رأيي إن المجلات اللي بتحكي عن فضايح الممثلات ....

٢ - لما الناس بتهتم بمظهري بشعر .....

٣ - البني آدم اللي يضرب صاحبه ......

٤ - يابخت اللي يبات مظلوم ....

٥ - لمابصيت من خرم الباب حسيت ....

٦ - لوكنت من نجوم السيما ....

٧ - أنا شايف إن إستخدام التعذيب عشان المتهم يعترف ...

٨ - لما يأسي عليّ حد بحبه ....

٩ - لوشفت بالصدفةمن شباك أودتي واحدة بتقلع هدومها ....

١٠ - في رأيي إن اللي يقلع هدومه أدام الناس اللي معاه ...

١١ - العسكري اللي يقتل ناس مدنيين من أعداؤه في الحرب ...

١٢ – بحس ساعات وأنا باعيط ...

١٣ – وأنا نازل علي السلم شفت جاري ومراته ناسيين باب الشقة مفتوح وبيوشوشو بعض ساعتها ...

١٤ – نشر النعي في الجرانيين ...

١٥ – أنا شايف إن القسوة ...

١٦ – لوحرامي معاه سلاح وهاجمني فجأة ساعتها ...

١٧ – بحس إن كل حاجة مقفول عليها ....

١٨ – رغبتي في إني أتكلم عن نفسي مع الناس ...

١٩ – أنا شايف إن خضوع اللي حواليه للرأي اللي أقوله ...

٢٠ – الحياة من غير تعب وشغل من اللي هوة تبقي في رأيي ...

٢١ – الواحد اللي ساعات يفتش في حاجات حبيبه يبقي ...

٢٢ – لما الناس تبقي حواليه بحس إني ...

٢٣ – لما البني آدم اللي أدامي يبقي ضعيف...

٢٤ – لما باختلف مع حد من أصحابي ساعتها بالوم ....

٢٥ – أنا رأيي إن الناس اللي بيهمها أوي إنها تعرف تفاصيل كل خبر مهم ..

٢٦ – لوكنت واقف علي مسرح حاشعر بأني ...

٢٧ – متهيألي إن ظلم الناس ضروري لما ...

٢٨ - كنت باشعر لما أبويا يضربني بعنف .....

٢٩ - متابعة المسلسل التليفزيوني .....

٣٠ - لما الناس بتتكلم عني باشعر ...

٣١ - أنا حريص إني أشوف أفلام العنف عشان ...

٣٢ - في وقت الزنقة لما يطبطب علي صاحبي ...

٣٣ - بحس إن اللي أعرفه عن الدينا ....

٣٤ - إعجاب الناس بشخصيتي بيخليني ....

٣٥ - لما بشوف قط بتسلي بالفار قبل مايقتله باحس ....

٣٦ - لما الحبيب بتحمل العذاب من حبيبه ...

٣٧ - أنا حريص إني أشوف الأفلام البوليسية...

٣٨ - الواحد لما يتكلم كثيرعن الحاجات اللي عملها ...

٣٩ - لما بشوف مصارعة التيران باحس ...

٤٠ - لما كان مدرس في المدرسة بيضربني كنت باحس ...

٤١ - باحب لما أسمع مكالمة تليفونية غلط ..

٤٢ - لوسمحت لي الفرصة إني أخلي الناس تاخد بالها من ساعتها بقي ...

٤٣ - إذا حد غلط في :..

٤٤ - الإستسلام في معركة من المعارك ...

٤٥ – وظيفة البوليس السري في رأيي ...

٤٦ – باحب في الحفلات الإجتماعية إني ...

٤٧ – لماباشوف لعبة المصارعة الحرة في التليفزيون ...

٤٨ – لما الأمور بتقفل ساعات في وشي ...

٤٩ – معرفة أسرار الناس لذه ...

٥٠ – لوكنت فاتح الشباك من الحر وأنا عريان يسعدني ...

٥١ – ساعات باحس بإن إستخدام الضرب لحل المشاكل ...

٥٢ – تعليمات رؤسائي لي مهما كانت صعبة على نفسى ...

٥٣ – لما ألقي إتنين بتكلموا في السر ...

٥٤ – أحب الفُرجة علي مسابقات كمال الأجسام ...

٥٥ – لماتقوم خناقة أدامي باحس ...

٥٦ – لما أكون موجود مع ناس أكبر مني في المقام وبيعنفوني باحس...

٥٧ – مهم أوي إن الواحد يعرف الصغيرة قبل الكبيرة ...

٥٨ – ضروري الواحد يشد إنتباه اللي حوالية بجاذبيته علشان ...

٥٩ – لماحد يهاجم لي رأي ...

٦٠ – رأيي إن المثل اللي بيقول ضرب الحبيب زي أكل الذبيب ...

٦١ – التصنت علي التليفونات بتبقي له فايدة ...

٦٢ – كنت أحب أوي إني أشتغل ممثل ...

٦٣ - ساعات باحس إنه لازم أفرض رأيي بالقوة لأن ...

٦٤ - لما اللي أحبه يسيبني ...

٦٥ - لما أبص من ورا الشباك وألاقي حد عريان ...

٦٦ - الهدوم الشيك بتخليني ...

٦٧ - ساعات باحس إني لازم أضرب اللي أدامي لغاية مايبان له صاحب ...

٦٨ - لما حد يقل أدبة عليّ ...

٦٩ - باحب أوي شغلة المخابرات ...

٧٠ - الواحد لازم يختار نوع الريحة اللي يحطها عشان ...

٧١ - لما أغضب من حد كنت بأثق فيه مايكفيش ضربه وبس ...

٧٢ - اللي يسامح صاحبة علي الغلط ...

٧٣ -بأتمني تكون عندي نظاره معظمة علشان ...

٧٤ - مهم إن الواحد يفنجر علي اللي حوالية مادام معاه فلوس ...

٧٥ - اللي يتاخد مني بالعافية لازم ...

٧٦ - العذاب في الزمان ده قدر ومكتوب ...

٧٧ - بأتمني إنه يكون عندي بنوره سحرية علشان ...

٧٨ - إيه المانع أن الواحد يكون له أصدقاء من نجوم السيما ...

٧٩ - مش عيب إن الواحد لما يغضب يكسر اللي أدامه ...

٨٠ - إيه المانع إن الواحد يطاطي راسه علشان الأمور تعدي ...

ملحق رقم (٤)

إستمارة المستوى الاجتماعى الاقتصادى

إعداد

كمال الدسوقى & محمد بيومى

الاســـــم : ....

الســـــن : ....

الاقـــامـــة: ....

ضع علامة (✔) أمام العبارات التى تناسب حالتك:

١ - الوالدان:

	الأب	الأم
- لا يقرأ ولا يكتب	( )	( )
- يقرأ ويكتب	( )	( )
- حاصل على الإعدادية أو ما يعادلها	( )	( )
- حاصل على مؤهل فوق المتوسط	( )	( )
- حاصل على مؤهل جامعى	( )	( )
- حاصل على مؤهل فوق الجامعى حتى الماچستير	( )	( )
- حاصل على الدكتوراه	( )	( )

٢ - يعيش الطفل وأسرته فى سكن :

- ملك ( ) - إيجار ( )
- عدد الغرف كاف ( ) - عدد الغرف غير كاف ( )

٣ - أثاث منزلك:

- راق ( ) - بسيط ( )
- كاف ( ) - غير كاف ( )

٤ - عندما تحتاج لرعاية طبية :

- تستفيد بالعلاج المجانى فى المستشفيات العامة ( )
- تذهب الى التأمين الصحى ( )
- تذهب لطبيب خاص ( )
- يوجد طبيب للعائلة ( )

٥ - تستخدم أنت وأسرتك فى تنقلاتكم :

- سيارات النقل العام ( )
- تاكسى أجرة ( )
- سيارة خاصة ملاكى ( )

٦ – تمتلك الأسرة بالمنزل :

– أجهزة تكييف وتبريد وما فوق مستواها ( )

– فيديو وتلفزيون ملون ( )

– أجهزة أتوماتيكية للتنظيف والطهى والغسيل ( )

– سخانات – مراوح – خلاطات – غسالة عادية ( )

– تلفزيون عادى – راديو – مسجل ( )

٧ – عندما تريد أسرتك الترفيه والاستجمام تذهب إلى :

– المنتزهات العامة ( )

– دور السينما والمسرح ( )

– المشاتى والمصايف بمصر ( )

– السياحة للخارج ( )

٨ – أفراد أسرتك يتلقون تعليمهم فى :

– مدارس حكومية مجانية ( )

– مدارس خاصة ( )

– مدارس أجنبية ( )

– الجامعة الأمريكية بالقاهرة ( )

– التعليم بالخارج على نفقة الأسرة ( )

٩ – عندما تحتاج أنت وأفراد أسرتك لمساعدة تعليمية

– تشترك فى مجموعات تقوية حكومية ( )

– تذهب لمدارس خاصة ( )

– يحضر لك مدرس خاص بالمنزل ( )

١٠–الوالدان :

– متوفيان ( )

– أحد الوالدين متوفى ( )

– منفصلان بالطلاق ( )

– الوالد متزوج بأخرى ( )

– الوالدان يعيشان معا ( )

١١- عدد أفراد أسرتك الذين يعيشورن معا :

- ٦ أفراد فأكثر ( )
- ٥ أفراد ( )
- ٤ أفراد ( )
- ٣ أفراد ( )

١٢- علاقة الوالدان ببعضهما :

- غير مقبولة ( )
- مقبولة ( )
- طيبة ( )

١٣- علاقة الوالدان بالأبناء

- غير مقبولة ( )
- مقبولة ( )
- طيبة ( )

١٤- علاقة الابناء ببعضهم

- غير مقبولة ( )
- مقبولة ( )
- طيبة ( )

إملء هذه البيانات :

عزبة/ كفر .... قرية / حى .... قسم / مركز .... محافظة ....

عمل الوالد :...

عمل الوالدة:...

الدرجة الكلية **الفئة** **توقيع المصحح**

ملحق رقم (٥)

يبين درجات المقامرين وغير المقامرين لحساب التجانس بالنسبة للمستوى الاجتماعى الاقتصادى حيث (ن = ٣٠) من المقامرين، و (ن = ٣٠) من غير المقامرين

المقامـــريـــن			
م	الدرجة	م	الدرجة
١	٥٠	٢١	٥٧
٢	٥٥	٢٢	٥٦
٣	٥٦	٢٣	٥٣
٤	٣٣	٢٤	٤٩
٥	٣٤	٢٥	٤٨
٦	٥٦	٢٦	٦٧
٧	٦٦	٢٧	٧٠
٨	٦٢	٢٨	٧١
٩	٤٨	٢٩	٦٨
١٠	٤٩	٣٠	٤٩
١١	٣٩		
١٢	٥٠		
١٣	٥٦		
١٤	٥٧		
١٥	٦٤		
١٦	٤٦		
١٧	٤٨		
١٨	٥٢		
١٩	٥٨		
٢٠	٥٩		

غيـــر المقامريـــن			
م	الدرجة	م	الدرجة
١	٤٩	٢١	٥٩
٢	٤٨	٢٢	٥٧
٣	٥٤	٢٣	٥٧
٤	٣٣	٢٤	٥٤
٥	٣٤	٢٥	٤٨
٦	٥٦	٢٦	٤٦
٧	٦٧	٢٧	٦٨
٨	٦١	٢٨	٦٩
٩	٤٩	٢٩	٧٠
١٠	٥٠	٣٠	٦٧
١١	٣٨		
١٢	٤٨		
١٣	٥٤		
٢٤	٥٦		
١٥	٦٤		
١٦	٤٩		
١٧	٤٧		
١٨	م٣		
١٩	٤٨		
٢٠	٥٧		

ملحق رقم (٦)

يوضح أعمار كلاً من المقامرين وغير المقامرين

لحساب التجانس بين المجموعتين

حيث (ن = ٣٠) من المقامرين، و (ن = ٣٠) من غير المقامرين

المقامــــريــــن			
م	العمر	م	العمر
١	١٩	٢١	٢٧
٢	٢٠	٢٢	٢٨
٣	٢١	٢٣	٣١
٤	٢٢	٢٤	٢٥
٥	٢٣	٢٥	٢٩
٦	٣٠	٢٦	١٩
٧	٢٢	٢٧	٢٠
٨	٣٢	٢٨	٣٥
٩	٤٠	٢٩	٣٤
١٠	٢٥	٣٠	٣٦
١١	٢٦		
١٢	٢٧		
١٣	٢٨		
١٤	٢٩		
١٥	٣١		
١٦	٣٢		
١٧	٢٢		
١٨	٣٤		
١٩	٢٥		
٢٠	٢٦		

غيـــــر المقامريــــن			
م	العمر	م	العمر
١	٢٠	٢١	٢٨
٢	١٩	٢٢	٢٧
٣	٢٢	٢٣	٣٠
٤	٢٢	٢٤	٢٤
٥	٢٣	٢٥	٢٨
٦	٣٩	٢٦	١٩
٧	٢٥	٢٧	٢٠
٨	٣٠	٢٨	٣٤
٩	٣٩	٢٩	٣٣
١٠	٢٤	٣٠	٣٧
١١	٢٧		
١٢	٢٨		
١٣	٢٦		
١٤	٢٨		
١٥	٣٢		
١٦	٢٩		
١٧	٢٤		
١٨	٢٥		
١٩	٢٦		
٢٠	٢٦		

ملحق رقم (٧)

يوضح حجم الاسرة بالنسبة للمقامرين وغير المقامرين

لحساب التجانس بين المجموعتين

حيث (ن = ٣٠) من المقامرين، و (ن = ٣٠) من غير المقامرين

المقامريـــــن

م	حجم الاسرة	م	حجم الاسرة
١	٣	٢١	٦
٢	٥	٢٢	٧
٣	٦	٢٣	٣
٤	٤	٢٤	٦
٥	٣	٢٥	٥
٦	٤	٢٦	٤
٧	٧	٢٧	٦
٨	٦	٢٨	٧
٩	٥	٢٩	٥
١٠	٣	٣٠	٦
١١	٦		
١٢	٤		
١٣	٧		
١٤	٦		
١٥	٧		
١٦	٦		
١٧	٥		
١٨	٤		
١٩	٥		
٢٠	٧		

غيـــر المقامريـــن

م	حجم الاسرة	م	حجم الاسرة
١	٦	٢١	٧
٢	٥	٢٢	٣
٣	٧	٢٣	٦
٤	٦	٢٤	٥
٥	٣	٢٥	٤
٦	٤	٢٦	٥
٧	٧	٢٧	٥
٨	٥	٢٨	٧
٩	٦	٢٩	٥
١٠	٤	٣٠	٥
١١	٥		
١٢	٤		
١٣	٧		
١٤	٦		
١٥	٦		
١٦	٧		
١٧	٥		
١٨	٤		
١٩	٥		
٢٠	٦		

ملحق رقم (٨)

يبين درجات الخام لعينة التقنين

على مقياس المقامرة المرضية حيث (ن = ١٠٠)

م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة
١	١٧	٢١	١١	٤١	٥	٦١	٢	٨١	١٠
٢	٢	٢٢	٤	٤٢	١٠	٦٢	٦	٨٢	١٣
٣	١٥	٢٣	١٦	٤٣	١٤	٦٣	٣	٨٣	٦
٤	١١	٢٤	٧	٤٤	١٢	٦٤	١٧	٨٤	٧
٥	٥	٢٥	١٦	٤٥	٢	٦٥	١٠	٨٥	٩
٦	١٥	٢٦	١٥	٤٦	١٤	٦٦	٤	٨٦	١٢
٧	١٧	٢٧	١٢	٤٧	٦	٦٧	١٤	٨٧	١٥
٨	١٠	٢٨	٧	٤٨	١٧	٦٨	٥	٨٨	٣
٩	٣	٢٩	١١	٤٩	٣	٦٩	١١	٨٩	١٦
١٠	١٥	٣٠	٤	٥٠	١٢	٧٠	٢	٩٠	١١
١١	١٦	٣١	٩	٥١	١٦	٧١	٧	٩١	١
١٢	٦	٣٢	١٤	٥٢	٦	٧٢	١٥	٩٢	٩
١٣	١٥	٣٣	٣	٥٣	١١	٧٣	١	٩٣	١٧
١٤	٩	٣٤	١١	٥٤	٢	٧٤	١٠	٩٤	٤
١٥	١٧	٣٥	١٧	٥٥	١٥	٧٥	١٤	٩٥	١٣
١٦	١	٣٦	١٥	٥٦	٤	٧٦	١١	٩٦	١٠
١٧	٩	٣٧	٢	٥٧	٢	٧٧	١٥	٩٧	٣
١٨	١٣	٣٨	١٦	٥٨	١٦	٧٨	١٢	٩٨	١١
١٩	٣	٣٩	١٢	٥٩	١٣	٧٩	١٤	٩٩	١٣
٢٠	١٠	٤٠	١٣	٦٠	٢٠	٨٠	١٧	١٠٠	٦

ملحق رقم (٩)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الذكور (ن = ١٠٠)

على مقياس المقامرة المرضية

الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٣١
١	٣٣
٢	٣٥
٣	٣١
٤	٣٩
٥	٤١
٦	٤٢
٧	٤٤
٨	٤٦
٩	٤٨
١٠	٥٠
١١	٥٢
١٢	٥٤
١٣	٥٦
١٤	٥٨
١٥	٦٠
١٦	٦٢
١٧	٦٤
١٨	٦٦
١٩	٦٨
٢٠	٧٠

ملحق رقم (١٠)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام
لدى عينة المقامرين على مقياس
المقامرة المرضية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	١٧	٦٤	٢١	١٢	٥٤
٢	١١	٥٢	٢٢	١٢	٥٤
٣	١٥	٦٠	٢٣	١٦	٦٢
٤	١١	٥٢	٢٤	١٠	٥٠
٥	١٣	٥٦	٢٥	١١	٥٢
٦	١٠	٥٠	٢٦	٨	٤٦
٧	١٥	٦٠	٢٧	٩	٤٨
٨	١٢	٥٤	٢٨	١٣	٥٦
٩	١٠	٥٠	٢٩	١١	٥٢
١٠	٩	٤٨	٣٠	١٤	٥٨
١١	١٦	٦٢			
١٢	٧	٤٤			
١٣	١٢	٥٤			
١٤	١١	٥٢			
١٥	٧	٤٤			
١٦	١٠	٥٠			
١٧	٨	٤٦			
١٨	٩	٤٨			
١٩	١٠	٥٠			
٢٠	١١	٥٢			

ملحق رقم (١١)

يبين الدرجات الخام لعينة التقنين

على مقياس سلوك المخاطرة حيث (ن = ١٠٠)

م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة	م	الدرجة
١	٢١	٢١	١٠	٤١	١٣	٦١	٨	٨١	١٢
٢	١٧	٢٢	٦	٤٢	١٦	٦٢	٤	٨٢	١٧
٣	١٩	٢٣	١٧	٤٣	١٢	٦٣	٧	٨٣	٩
٤	١١	٢٤	١١	٤٤	١٤	٦٤	١٥	٨٤	١٢
٥	٨	٢٥	١٩	٤٥	٧	٦٥	١٩	٨٥	١١
٦	١١	٢٦	٢١	٤٦	١٥	٦٦	٩	٨٦	١٥
٧	١٩	٢٧	١٣	٤٧	٦	٦٧	١١	٨٧	١٤
٨	١٢	٢٨	١١	٤٨	١٩	٦٨	١٣	٨٨	٧
٩	٧	٢٩	١٠	٤٩	١١	٦٩	١٦	٨٩	٢١
١٠	١٩	٣٠	٥	٥٠	١٧	٧٠	٩	٩٠	١٤
١١	١٧	٣١	١٣	٥١	١٧	٧١	١٠	٩١	٦
١٢	٨	٣٢	١٤	٥٢	٩	٧٢	١٣	٩٢	٩
١٣	١٢	٣٣	٩	٥٣	١٥	٧٣	٥	٩٣	١٦
١٤	٦	٣٤	١٧	٥٤	٥	٧٤	١١	٩٤	٩
١٥	١٣	٣٥	١٩	٥٥	١١	٧٥	١٠	٩٥	١٥
١٦	٧	٣٦	١٦	٥٦	١٣	٧٦	١٦	٩٦	١٠
١٧	١٠	٣٧	١١	٥٧	٩	٧٧	١١	٩٧	٣
١٨	٥	٣٨	١٧	٥٨	١٦	٧٨	١٥	٩٨	١٧
١٩	٨	٣٩	١١	٥٩	١١	٧٩	١٦	٩٩	١٩
٢٠	١٥	٤٠	١١	٦٠	١٣	٨٠	١٩	١٠٠	٨

ملحق رقم (١٢)

يبين الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة الذكور (ن = ١٠٠)

على مقياس سلوك المخاطرة

الدرجة الخام	الدرجة التائية
صفر	٢٣
١	٢٥
٢	٢٧
٣	٢٩
٤	٣٢
٥	٣٤
٦	٣٦
٧	٣٨
٨	٤٠
٩	٤٣
١٠	٤٥
١١	٤٧
١٢	٤٩
١٣	٥٢
١٤	٥٤
١٥	٥٦
١٦	٥٨
١٧	٦٠
١٨	٦٣
١٩	٦٥
٢٠	٦٧
٢١	٦٩
٢٢	٧٣
٢٣	٧٤
٢٤	٧٦

ملحق رقم (١٣)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام لدى عينة المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	٢١	٦٩	٢١	١٢	٤٩
٢	١٧	٦٠	٢٢	١٦	٥٨
٣	١٩	٦٥	٢٣	١٧	٦٠
٤	١٢	٤٩	٢٤	١١	٤٧
٥	١٣	٥٢	٢٥	١٣	٥٢
٦	١١	٤٧	٢٦	١٤	٥٤
٧	١٩	٦٥	٢٧	١٥	٥٦
٨	١١	٤٧	٢٨	١٥	٥٦
٩	١٥	٥٦	٢٩	١٢	٤٩
١٠	١٢	٤٩	٣٠	١٣	٥٢
١١	١٧	٦٠			
١٢	١٦	٥٨			
١٣	١٥	٥٦			
١٤	١٣	٥٢			
١٥	١٤	٥٤			
١٦	١٢	٤٩			
١٧	١٢	٤٩			
١٨	١١	٤٧			
١٩	١٥	٥٦			
٢٠	١٦	٥٨			

ملحق رقم (١٤)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام لدى عينة غير المقامرين على مقياس سلوك المخاطرة، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	٦	٣٦	٢١	٨	٤٠
٢	٣	٢٩	٢٢	١٣	٥٢
٣	٥	٣٤	٢٣	٤	٣٢
٤	٨	٤٠	٢٤	١١	٤٧
٥	٤	٣٢	٢٥	٥	٣٤
٦	١٤	٥٤	٢٦	٧	٣٨
٧	٧	٣٨	٢٧	١٣	٥٢
٨	١١	٤٧	٢٨	١٢	٤٩
٩	٧	٣٨	٢٩	٨	٤٠
١٠	١٧	٦٠	٣٠	٤	٣٢
١١	٩	٤٣			
١٢	٨	٤٠			
١٣	٧	٣٨			
١٤	٤	٣٢			
١٥	٦	٣٦			
١٦	١٣	٥٢			
١٧	٨	٤٠			
١٨	٧	٣٨			
١٩	١٦	٥٨			
٢٠	٦	٣٦			

ملحق رقم (١٥)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة المقامرين على

بعد النظارية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	٢٧	٥١	٢١	٣٨	٦١
٢	٢٩	٥٣	٢٢	٣٢	٥٦
٣	٣٦	٦٠	٢٣	٢٩	٥٣
٤	٣٠	٥٤	٢٤	٢٧	٥١
٥	٢٨	٥٢	٢٥	٢٦	٥٠
٦	٢٧	٥١	٢٦	٢٥	٤٩
٧	٣٣	٥٧	٢٧	٣١	٥٥
٨	٣٤	٥٨	٢٨	٢٧	٥١
٩	٣٠	٥٤	٢٩	٣٢	٥٦
١٠	٢٩	٥٣	٣٠	٣٥	٥٩
١١	٣٤	٥٨			
١٢	٣١	٥٥			
١٣	٢٦	٥٠			
١٤	٣٠	٥٤			
١٥	٢٩	٥٣			
١٦	٣١	٥٥			
١٧	٣٠	٥٤			
١٨	٣٤	٥٨			
١٩	٣٠	٥٤			
٢٠	٣٤	٥٨			

ملحق رقم (١٦)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام لدى عينة المقامرين على بعد الاستعراضية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	١٥	٤٩	٢١	١٣	٤٦
٢	٩	٤٢	٢٢	١٤	٤٨
٣	١٢	٤٥	٢٣	٩	٤٢
٤	١١	٤٤	٢٤	١٦	٥٠
٥	٨	٤١	٢٥	١٢	٤٥
٦	٧	٤٠	٢٦	١٩	٥٣
٧	٢٠	٥٤	٢٧	١٤	٤٨
٨	٧	٤٠	٢٨	٧	٤٠
٩	١٤	٤٨	٢٩	٨	٤١
١٠	١٥	٤٩	٣٠	١٢	٤٥
١١	١٠	٤٣			
١٢	١٣	٤٦			
١٣	٦	٣٩			
١٤	٧	٤٠			
١٥	٦	٣٩			
١٦	١٦	٥٠			
١٧	١٤	٤٨			
١٨	١٠	٤٣			
١٩	٧	٤٠			
٢٠	٨	٤١			

ملحق رقم (١٧)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة المقامرين على

بعد السادية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	٣٢	٦٥	٢١	٢٨	٦١
٢	٢٢	٥٥	٢٢	٢٦	٥٩
٣	٣٣	٦٦	٢٣	٣٣	٦٦
٤	٢٣	٥٦	٢٤	٢٢	٥٥
٥	٢٢	٥٥	٢٥	٢٢	٥٥
٦	٢٤	٥٧	٢٦	٢٠	٥٢
٧	٣٥	٦٨	٢٧	٢٦	٥٩
٨	٣٢	٦٥	٢٨	٢٣	٥٦
٩	٢٦	٥٩	٢٩	٣٠	٦٣
١٠	٣٣	٦٦	٣٠	٢٨	٦١
١١	٢٨	٦١			
١٢	٢٤	٥٧			
١٣	٢٦	٥٩			
١٤	٢٨	٦١			
١٥	٣٠	٦٣			
١٦	٢٦	٥٩			
١٧	٢٤	٥٧			
١٨	٢٢	٥٥			
١٩	٢٦	٥٩			
٢٠	٢٨	٦١			

ملحق رقم (١٨)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام لدى عينة المقامرين على بعد المازوخية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	٣٦	٧٠	٢١	٢٥	٦٠
٢	٢٢	٥٧	٢٢	٢٨	٦٢
٣	٣٦	٧٠	٢٣	٣٧	٧١
٤	٢٥	٦٠	٢٤	٣١	٦٥
٥	٢٤	٥٩	٢٥	٢٧	٦١
٦	٢٨	٦٢	٢٦	٣٠	٦٤
٧	٣٧	٧١	٢٧	٣٢	٦٦
٨	٢٢	٥٧	٢٨	٢٨	٦٢
٩	٢٧	٦١	٢٩	٣١	٦٥
١٠	٢٧	٦١	٣٠	٣٢	٦٦
١١	٣٦	٧٠			
١٢	٢٨	٦٢			
١٣	٢٩	٦٣			
١٤	٢٧	٦١			
١٥	٢٣	٥٨			
١٦	٢٧	٦١			
١٧	٢٨	٦٢			
١٨	٣١	٦٥			
١٩	٣٠	٦٤			
٢٠	٢٩	٦٣			

ملحق رقم (١٩)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام
لدى عينة غير المقامرين على
بعد النظارية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	١٥	٤٠	٢١	٣٤	٥٨
٢	١٨	٤٣	٢٢	٢٥	٤٩
٣	٢٢	٤٦	٢٣	٢٧	٥١
٤	١٩	٤٤	٢٤	١٩	٤٤
٥	٣١	٥٥	٢٥	٢٢	٤٦
٦	٢٤	٤٨	٢٦	٢٢	٤٦
٧	٢٧	٥١	٢٧	٢٦	٥٠
٨	١٥	٤٠	٢٨	١٩	٤٤
٩	٢٤	٤٨	٢٩	٢٤	٤٨
١٠	١٤	٣٩	٣٠	٣٠	٥٤
١١	٢٦	٥٠			
١٢	٣٠	٥٤			
١٣	٢٥	٤٩			
١٤	١١	٣٦			
١٥	١٧	٤٢			
١٦	٢٨	٥٢			
١٧	٣١	٥٥			
١٨	٤	٢٩			
١٩	٢١	٤٥			
٢٠	٢٦	٥٠			

ملحق رقم (٢٠)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة غير المقامرين على

بعد الإستعراضية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	١١	٤٤	٢١	١٥	٤٩
٢	١٣	٤٦	٢٢	١٠	٤٣
٣	١٤	٤٨	٢٣	٢٦	٦١
٤	١٧	٥١	٢٤	٢٥	٦٠
٥	١٣	٤٦	٢٥	١٨	٥٢
٦	٩	٤٢	٢٦	١٤	٤٨
٧	١٤	٤٨	٢٧	١٨	٥٢
٨	١٣	٤٦	٢٨	١٢	٤٥
٩	١٢	٤٥	٢٩	١٣	٤٦
١٠	٦	٣٩	٣٠	١٠	٤٣
١١	٢١	٥٥			
١٢	١٠	٤٣			
١٣	٩	٤٢			
١٤	٤	٣٦			
١٥	١٠	٤٣			
١٦	٢١	٥٥			
١٧	٢٣	٥٨			
١٨	١٣	٤٦			
١٩	٤	٣٦			
٢٠	١٢	٤٥			

ملحق رقم (٢١)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة غير المقامرين على

بعد السادية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	١٢	٤٤	٢١	٢٢	٥٥
٢	١٩	٥١	٢٢	١٨	٥٠
٣	٨	٤٠	٢٣	٢٧	٦٠
٤	١٧	٤٩	٢٤	١٢	٤٤
٥	١٤	٤٦	٢٥	٢٠	٥٢
٦	١٢	٤٤	٢٦	١٧	٤٩
٧	١٨	٥٠	٢٧	٧	٣٩
٨	٢١	٥٤	٢٨	١٤	٤٦
٩	٢١	٥٤	٢٩	١٨	٥٠
١٠	١٤	٤٦	٣٠	٢٠	٥٢
١١	١٧	٤٩			
١٢	١٠	٤٢			
١٣	١٦	٤٨			
١٤	١٩	٥١			
١٥	١٦	٤٨			
١٦	١٤	٤٦			
١٧	١٨	٥٠			
١٨	١٢	٤٤			
١٩	٢٣	٥٦			
٢٠	١٩	٥١			

ملحق رقم (٢٢)

يوضح الدرجات التائية المقابلة للدرجات الخام

لدى عينة غير المقامرين على

بعد المازوخية، حيث (ن = ٣٠)

م	الدرجة الخام	الدرجة التائية	م	الدرجة الخام	الدرجة التائية
١	١٤	٤٩	٢١	٧	٤٢
٢	٧	٤٢	٢٢	١٥	٥٠
٣	١٥	٥٠	٢٣	٨	٤٣
٤	١٩	٥٤	٢٤	١٩	٥٤
٥	١٣	٤٨	٢٥	١٠	٤٥
٦	١٠	٤٥	٢٦	١٥	٥٠
٧	١٦	٥١	٢٧	١٩	٥٤
٨	١٤	٤٩	٢٨	٩	٤٤
٩	٥	٤٠	٢٩	٧	٤٢
١٠	٨	٤٣	٣٠	١٦	٥١
١١	٢٣	٥٨			
١٢	١٣	٤٨			
١٣	١٧	٥٢			
١٤	٢٧	٦١			
١٥	١٠	٤٥			
١٦	٤	٣٩			
١٧	١٧	٥٢			
١٨	١٥	٥٠			
١٩	٩	٤٤			
٢٠	١٦	٥١			



Mansoura University
Faculty of Arts
Department of Psychology

In Psychological Dynamics of The Gambler As Revealed in Group Therapy

Submitted By

Akram Fathy Younis Zidan

Assistant Lecturer
Department of Psychology
Faculty of Arts - Mansoura University

in partial Fulfillment of The Requirements of the Degree of Doctor of Philosophy in

Psychology

Prof. Dr.

Hussein Mohamed Saad El-Deen El-Huseiny

Prof. Dr. in Psycholgy -Faculty of arts
Mansoura University

2002



Mansoura University
Faculty of Arts
Department of Psychology

In Psychological Dynamics of The Gambler As Revealed in Group Therapy

Submitted By

Akram Fathy Younis Zidan

Assistant Lecturer
Department of Psychology
Faculty of Arts - Mansoura University

in partial Fulfillment of The Requirements of the Degree of Doctor of Philosophy in

Psychology

Prof. Dr.

Hussein Mohamed Saad El-Deen El-Huseiny

Prof. Dr. in Psycholgy -Faculty of arts
Mansoura University

2002